

Université de Montréal

**Prisons provinciales : regards sur les pratiques professionnelles  
médicales à l'égard de la santé des détenus**

par  
Éloïse Meunier

École de criminologie  
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade  
Maître ès Sciences (M. Sc.) en criminologie

Mai 2014

© Éloïse Meunier, 2014

## Résumé

Ce mémoire a pour objectif de comprendre la prise en charge médicale des détenus à partir des pratiques professionnelles du personnel médical. Une méthodologie qualitative comprenant 14 entretiens semi-dirigés menés auprès d’infirmières et de médecins œuvrant dans six établissements québécois de détention provinciale a été utilisée pour réaliser cette étude. Notre recherche apporte une compréhension du regard que posent les professionnels de la santé sur leurs rôles et leurs fonctions mais également sur leurs patients détenus. Sur le plan professionnel, elle met en lumière l’autonomie d’action du personnel infirmier, ses avantages dans l’exercice de leur profession, mais elle fait également ressortir les contraintes qu’impose la prison comme milieu de travail. L’éclatement du mandat professionnel entre le soin, la relation d’aide et la surveillance ainsi que la dichotomie dans les représentations du patient détenu, entre risque et protection, font également partie de nos analyses. De plus, nos résultats ont permis de dresser des parallèles avec la *gestion du risque* et la *nouvelle santé publique* sous l’angle de la responsabilisation des détenus. Enfin, nous proposons que la responsabilisation du patient détenu est intégrée au sein des pratiques médicales malgré le fait que certains éléments de l’environnement carcéral et de la relation thérapeutique font obstacle à sa pleine réalisation. Le caractère toujours coercitif de la prison nous questionne à savoir si la période d’incarcération peut vraiment constituer un « moment privilégié » de responsabilisation du détenu face à sa santé.

**Mots-clés :** prison, soins de santé, pratiques professionnelles, gestion du risque, santé publique, représentations

## Abstract

This thesis examines the professional practices of prisons' medical staff in order to provide an understanding of inmates' medical care. Our qualitative approach includes 14 interviews with nurses and general practitioners working in six different provincial jails in Quebec. Our research illuminates how health professionals view their roles and tasks, as well as how they perceive their patients in custody. While our study highlights the autonomy and independence of the medical staff on a professional level, it also shows the constraints imposed by prisons as a work environment. We also analyze the fragmentation of their tasks – between care, psychological support and control – combined with the dichotomy of their representations of the inmates – between risk and protection. Moreover, our results lead us to establish parallels with the theoretical literature of *risk management* and *new public health*, with an emphasis on the concept of empowerment. We suggest that empowerment plays an important role in the medical practices in custody, despite the obstacles related to the prison environment and to the specifically therapeutic relationship, both of which can hinder the patient's full emancipation. Lastly, we question whether the incarceration period can truly be a "privileged moment" for empowering inmates *vis-à-vis* their health, given the punitive character of the prison environment.

**Keywords :** custody, health care, professional practices, risk management, public health, representations

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii

Table des matières .....	iii
Liste des tableaux .....	vii
Liste des sigles et des abréviations .....	viii
Remerciements .....	x

Introduction .....	1
--------------------	---

## **Chapitre I**

<b>La prise en charge médicale des détenus et les pratiques professionnelles associées : éléments contextuels.....</b>	<b>6</b>
--	----------

1. LA PRISON ET LES DROITS INDIVIDUELS : QUELQUES BALISES ET ASPECTS LÉGAUX .....	6
1.1 Préoccupations internationales et normes européennes	
1.2 Le protocole de partage des responsabilités entre le MSP et le MSSS	
2. L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS .....	9
2.1 Les troubles de santé mentale au sein de la population carcérale	
2.2 Les maladies infectieuses en détention : les cas du VIH et du VHC	
2.3 Les problèmes de santé associés au vieillissement de la population carcérale	
2.4 Les problèmes de santé associés au caractère pathogène de l'institution carcérale	
2.5 Conclusion	
3. CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISON COMME MILIEU DE VIE .....	23
3.1 Réflexions autour de la prison comme un environnement total	
3.2 Effritement et porosité de l'institution totale	
3.3 Préoccupations sanitaires	
3.4 Conclusion	
4. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES MÉDICALES EN DÉTENTION .....	28
4.1 L'environnement de travail entourant la pratique médicale en milieux de soins conventionnels	

4.2	La spécificité de la pratique médicale en détention : autonomie, indépendance et autorité des professionnels	
4.3	La place des soins et du lien relationnel entre les membres du corps médical et les détenus : un préambule	
5.	PROBLÉMATIQUE.....	37
6.	OBJECTIFS DE RECHERCHE .....	39
<b>Chapitre II</b>		
<b>Contexte de la recherche et démarche méthodologique.....</b>		<b>40</b>
1.	CADRE CONCEPTUEL.....	40
1.1	Définir la santé publique	
1.2	Modèle de gestion des risques	
1.3	Rencontre entre <i>nouvelle santé publique</i> et <i>gestion du risque</i>	
2.	CONTEXTE DE RECHERCHE ET PRISE DE CONTACT AVEC LE MILIEU .....	47
3.	DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE .....	49
3.1	Approche qualitative	
3.2	Le choix de l'instrument de collecte de données : l'entretien semi-dirigé	
3.3	Échantillonnage	
3.4	Portrait de l'échantillon	
3.5	Consentement et confidentialité	
4.	STRATÉGIES ANALYTIQUES .....	61
5.	IDENTIFICATION DE BIAIS DANS LA CONDUITE D'ENTRETIENS QUALITATIFS .....	62
5.1	Biais liés au dispositif d'enquête	
5.2	Biais associés à la relation intervieweur/interviewé	
5.3	Biais rattachés au contexte de l'enquête	
6.	LIMITES ET CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE.....	66
6.1	Critères de scientificité de l'étude et limites associées	
6.2	Contribution et intérêt de la recherche	
7.	CONCLUSION .....	68

### **Chapitre III**

## **Organisation des pratiques professionnelles médicales en détention provinciale ..... 70**

1. LE CONTEXTE D'EXERCICE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL MÉDICAL EN DÉTENTION PROVINCIALE..... 71
  - 1.1 Le regard du personnel médical sur la spécificité de la pratique en milieu carcéral
  - 1.2 Quelques particularités du milieu carcéral
2. LE MANDAT PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MÉDICAL EN DÉTENTION PROVINCIALE ..... 81
  - 2.1 « Personnel soignant » comme mandat premier
  - 2.2 Éclatement des rôles professionnels : le double mandat
  - 2.3 Promotion de la santé : prévention, éducation et enseignement
3. LE REGARD PORTÉ SUR LE PATIENT DÉTENU ET LES STRATÉGIES D'INTERVENTION ASSOCIÉES ..... 96
  - 3.1 Les différentes représentations du détenu telles qu'exprimées par le corps médical des centres de détention visités
  - 3.2 Les stratégies d'intervention utilisées par le personnel médical
4. RETOUR SUR LES GRANDES TENDANCES TIRÉES DES ANALYSES.....114

### **Chapitre IV**

## **Les pratiques professionnelles médicales à travers la responsabilisation du patient détenu ..... 119**

1. LES PARADOXES DE LA PRATIQUE MÉDICALE CARCÉRALE : LA RESPONSABILISATION DES DÉTENUS DANS UN CONTEXTE MARQUÉ DE CONTRAINTES .....120
2. LA RESPONSABILISATION LIMITÉE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ .....125
  - 2.1 La responsabilisation du patient en tant que responsabilité professionnelle
  - 2.2 L'engagement professionnel à l'égard de cette responsabilisation
  - 2.3 La place du lien de confiance entre les professionnels médicaux et les détenus en matière de responsabilisation
3. LA SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES DÉTENUS : PARAMÈTRES D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN MILIEU CARCÉRAL.....130
  - 3.1 Les particularités du contexte d'exercice de la profession médicale en détention

3.2	L'éclatement du mandat professionnel	
3.3	Particularités du travail des infirmières en détention	
4.	CONCLUSION .....	134
	<b>Conclusion.....</b>	<b>137</b>
	<b>Références.....</b>	<b>140</b>
	<b>Annexe 1 : Formulaire de consentement.....</b>	<b>i</b>
	<b>Annexe 2 : Fiche signalétique .....</b>	<b>ii</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1. Profil des infirmières participantes .....	58
Tableau 2. Profil des médecins généralistes participants.....	59



## Liste des sigles et des abréviations

**CÉRFAS** : Comité d'éthique de la recherche et de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal

**CPT** : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés (France)

**CSSS** : Centre de santé et de services sociaux

**DEC** : Diplôme d'études collégiales

**DEP** : Diplôme d'études professionnelles

**ITSS** : Infections transmissibles sexuellement et par le sang

**MSP** : Ministère de la Sécurité publique

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**OIP** : Observatoire international des prisons

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**PTEM** : Programme de traitement d'entretien à la méthadone

**SCC** : Service Correctionnel du Canada

**SIDA** : Syndrome d'immunodéficience acquise

**SIDEP** : Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

**VHC** : Virus de l'hépatite C

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

*La rédaction de ce mémoire a été assombrie  
par le décès de mon père. Aujourd'hui, il serait  
fier de voir ce travail accompli.  
Ainsi, à titre posthume, il lui est dédié.*

## Remerciements

Je tiens d'abord à exprimer ma profonde reconnaissance à ma directrice de recherche, Marion Vacheret, pour la pertinence de ses conseils et commentaires, sa disponibilité, sa rigueur et ses encouragements.

Pour les bourses accordées, je tiens à remercier la Faculté des études supérieures et postdoctorales ainsi que l'École de criminologie.

Un remerciement infini aux infirmières et aux médecins qui ont accepté de participer à mon projet. Leur disponibilité, leur ouverture et leur accueil font partie des éléments cruciaux de la réalisation de cette recherche.

Merci à ma mère pour son soutien, ses encouragements, ses inquiétudes (!) et sa minutie dans la relecture de ce mémoire.

De tout cœur, je tiens à remercier deux précieuses amies, Clara et Dominique, qui chacune à leur façon, ont enrichies mes réflexions. Surtout, elles ont su être présentes à chacune des montagnes.

À Marie-Pier et Sophie pour les découvertes musicales qui ont alimentées la trame sonore de rédaction ainsi que pour l'hébergement à Montréal dans mes nombreux allers-retours entre ici et ailleurs.

Tel que promis, un clin d'œil particulier à la compagnie gryonnaise (et au Café Pomme !) pour l'accueil toujours chaleureux. Leurs invitations à venir goûter au bonheur dans l'air frais des montagnes et ce, en si bonne compagnie, offrent un cadre plus qu'idéal pour une étudiante en rédaction.

Enfin, à celui qui partage mon quotidien, Thomas. Il a su, avec patience et humour, m'épauler, m'encourager et m'aimer dans cette épopée que fut la rédaction de ce mémoire.

*And some people, passing among the scattered  
pieces of that great overturned jigsaw puzzle,  
start to pick up a piece here, a piece there, with  
a vague yet irresistible notion that perhaps  
something might be done about putting the  
thing back together again.*

*Michael Chabon (2013)*

*Les docteurs, eux, sont les refuges instinctifs  
des détenus [...] Et, donc, le détenu, calculant le  
jour probable de son terrible châtement, s'en va  
souvent à l'hôpital, cherchant, ne serait-ce  
qu'un petit peu, à repousser la minute  
douloureuse.*

*Fédor Dostoïevski (1860-1862)*

## Introduction

Les soins de santé en milieu carcéral font l'objet de vifs soulèvements dans l'opinion publique. Avec les difficultés organisationnelles que connaît le système de santé au Québec, l'idée préconçue que les détenus ont plus facilement ou plus rapidement accès à des soins de santé que la population générale soulève mécontentements et revendications. Pourtant, l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Haut-Commissariat aux droits de l'homme, 1966) reconnaît « *le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mental qu'elle soit capable d'atteindre* ». Le fait d'être incarcéré n'annihile pas ce droit. Le droit fondamental des personnes détenues à recevoir des soins médicaux doit être équivalent au reste de la communauté.

De nombreux écrits nationaux et internationaux soutiennent que ce droit à l'accessibilité à des soins de santé de qualité doit faire partie des valeurs fondamentales de nos états. Le Québec ne fait pas exception puisque son système de santé est une organisation publique dont les principes fondamentaux se basent sur l'universalité et l'équité pour tous. L'État est donc le principal assureur des soins de santé de la population québécoise, y compris de la population carcérale. Toutefois, bien que les soins de santé en milieu carcéral soient prodigués par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), ils ne sont pas directement gérés par ce dernier. Ils font plutôt partie d'un *protocole de partage des responsabilités entre le MSSS et le ministère de la Sécurité publique (MSP)*. C'est l'une des raisons pour laquelle l'articulation du système de santé en milieu carcéral prend d'ores et déjà une autre forme et qu'il s'administre différemment dans les centres de détention. C'est précisément dans ce contexte que s'inscrit la problématique de ce mémoire.

Puisqu'ils ont la responsabilité de prendre en charge la santé des détenus, les services correctionnels doivent mettre en œuvre des mécanismes pour assurer les soins que nécessite cette population (Robert, 2004). Qu'il soit question de santé mentale, de

problèmes de santé physique causés par un mode de vie désorganisé, par des conditions de détention difficiles, par la pratique de comportements à risque ou encore par la vieillesse, les milieux correctionnels et le système de santé québécois doivent faire face à cette réalité. Mais qu'en est-il de la prise en charge médicale de cette population ?

Certains courants idéologiques comme la *gestion du risque* et la *nouvelle santé publique* permettent de mettre en lumière les principales préoccupations sanitaires liées à la détention et à l'état de santé des détenus. Ils font aussi émerger des enjeux et des contradictions importantes lorsqu'il est question de la place de la santé publique en détention, de responsabilisation et d'autorégulation des détenus, de contrôle et de gestion des populations. Les objectifs de cette étude s'inscrivent dans ces questionnements. En se penchant sur les pratiques professionnelles médicales en détention et la prise en charge des détenus aux prises avec des problèmes de santé physique, nous souhaitons apporter un nouvel éclairage entourant la façon dont la gestion du risque et la nouvelle santé publique s'intègrent dans « l'expérience carcérale » (Robert et Frigon, 2006 : 306).

Faisant appel à une méthodologie qualitative, nous avons privilégié une approche exploratoire, descriptive et compréhensive de la prise en charge médicale en milieu carcéral sous l'angle des pratiques professionnelles. Grâce aux 14 entretiens semi-dirigés que nous avons menés auprès de neuf infirmières et cinq médecins œuvrant dans six établissements de détention pour hommes et pour femmes du Québec, nous mettons en perspective les pratiques professionnelles médicales qui s'exercent dans les centres de détention. À partir des représentations, des points de vue et des attitudes des professionnels de la santé à l'égard de leur pratique médicale, nous analysons certaines méthodes de prise en charge des personnes incarcérées en regard de leur santé.

Ce mémoire se divise en quatre chapitres. Le premier expose divers éléments de la littérature qui mettent en contexte notre objet d'étude et structurent notre problématique de recherche. D'abord, nous abordons la question des droits individuels

et des aspects légaux entourant les soins de santé en milieu carcéral. Plus particulièrement, nous discutons de *l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus* et du principe de l'équivalence des soins, éléments phares d'une prise en charge médicale rationnelle dans l'ensemble des pays occidentaux. Nous présentons aussi brièvement la manière dont s'effectue le partage des responsabilités ministérielles au Québec à l'égard des soins de santé des détenus entre le MSSS et MSP.

Puis, nous dressons un portrait assez large de l'état de santé physique des détenus en mettant l'accent sur la prédominance des troubles de santé mentale en détention, la présence des maladies infectieuses au sein de la population carcérale, la problématique du vieillissement de la population carcérale et des problèmes de santé associés ainsi que la présence de troubles de santé liés au caractère pathogène de l'institution carcérale.

Le premier chapitre se poursuit en discutant des caractéristiques de la prison en tant que milieu de vie pour les détenus, telles que présentées dans la littérature : les réflexions entourant le caractère total de l'univers carcéral et les préoccupations sanitaires. Ensuite, nous abordons quelques éléments de la littérature portant spécifiquement sur les pratiques professionnelles médicales en détention. Les conclusions de certains auteurs par rapport à l'autonomie, à l'indépendance et à l'autorité professionnelle du personnel médical en milieu carcéral y sont présentées. Nous portons aussi une attention particulière à la relation thérapeutique entre les professionnels soignants et les détenus ainsi qu'à l'environnement de travail dans lequel s'exercent les soins. Tous ces éléments de la littérature nous permettent finalement d'établir notre problématique et de présenter nos différents objectifs de recherche.

Le second chapitre aborde le cadre théorique sur lequel s'appuie notre recherche. La rencontre des courants idéologiques de la *gestion du risque* et de la *nouvelle santé publique* qui a lieu au sein du système pénal et dans les institutions carcérales soulève d'importants questionnements qui enrichissent l'analyse de nos résultats, notamment en matière de responsabilisation du détenu. Nous avons également porté une attention

particulière à bien expliquer la méthodologie qualitative utilisée pour effectuer la collecte de données : entretiens semi-dirigés, échantillonnage, stratégies analytiques. Nous dressons un portrait de nos participants et rendons compte des divers biais possibles de la relation entre la chercheuse et les professionnels interviewés. Les limites, les contributions et les considérations éthiques de notre recherche y sont aussi décrites.

Le troisième chapitre présente les analyses descriptives réalisées grâce aux entretiens que nous avons menés. Nous abordons la pratique professionnelle médicale en milieu carcéral sous trois volets: le contexte d'exercice de la pratique, le mandat confié aux membres du personnel médical et finalement, le regard que le personnel médical porte sur le patient détenu et les stratégies d'intervention qui en découlent.

Le premier volet permet de mettre en lumière à la fois la spécificité de la pratique professionnelle et les contraintes qu'imposent les particularités du milieu carcéral comme lieu de soins. Entre autres, nous faisons ressortir l'autonomie élargie des infirmières et l'importance du statut professionnel du personnel soignant comme des éléments qui soutiennent cette spécificité.

Le second volet fait référence au mandat professionnel du personnel soignant des centres de détentions visitées. Si l'essence du mandat du personnel soignant est de prodiguer des soins, nous mettons de l'avant l'éclatement des rôles professionnels en détention à des mandats qui sont a priori contradictoires : le rôle de relation d'aide et le rôle de surveillance. Aussi, la santé publique fait partie intégrante des fonctions du personnel soignant en détention puisqu'elle inclut la promotion de la santé, l'éducation et l'enseignement que font les professionnels au quotidien avec les détenus.

Le troisième volet porte sur les diverses représentations des patients détenus telles qu'exprimées par le personnel soignant et les stratégies d'intervention que ces perceptions les amènent à développer. De plus, nous traitons de la manière dont ces représentations peuvent interférer dans la prise en charge de la santé des détenus.



Enfin, le quatrième chapitre met en perspective les résultats de notre étude en regard de la recension des écrits présentés au premier chapitre, mais particulièrement en lien avec la *gestion du risque* et la *nouvelle santé publique* telles que décrites dans notre cadre théorique. Plus spécifiquement, nous abordons les formes de responsabilisation des patients détenus et leur implication dans la réalité professionnelle. Puis, nous mettons en lumière ce que les pratiques professionnelles médicales révèlent sur l'institution carcérale.

## **Chapitre I**

### **La prise en charge médicale des détenus et les pratiques professionnelles associées : éléments contextuels**

#### **1. LA PRISON ET LES DROITS INDIVIDUELS : QUELQUES BALISES ET ASPECTS LÉGAUX**

Les soins de santé offerts en milieu carcéral sont balisés par différents principes et écrits à travers l'ensemble des pays occidentaux. Ils font partie des conditions de détention et du traitement des détenus. L'attention portée à la prise en charge médicale des détenus par diverses institutions internationales, européennes ainsi que par les instances gouvernementales de différents pays permet de baliser les pratiques organisationnelles et professionnelles.

D'abord, nous verrons plus en détails *l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus* ainsi que le principe d'équivalence des soins qui font partie des références incontournables en matière de respect des droits de la personne en milieu carcéral. Plus spécifiquement au Québec, l'accessibilité aux soins de santé et services sociaux de la population carcérale est encadrée par un partenariat entre le MSP et le MSSS. Il s'agit d'un protocole leur permettant de coordonner leurs responsabilités à l'égard de la santé physique et mentale des détenus de la province. Cette première section se veut donc une mise en contexte du cadre légal dans lequel s'exerce la prise en charge médicale des détenus au Québec, mais également dans d'autres pays occidentaux.

##### **1.1 Préoccupations internationales et normes européennes**

###### *a) L'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*

Règles minima, conventions, résolutions, recommandations émanant des Nations Unies comme du Conseil de l'Europe, le traitement des détenus dans le respect des droits de l'Homme est conventionné par de nombreuses institutions et de multiples écrits et ce, à

travers l'ensemble des pays occidentaux (Observatoire international des prisons (OIP), 2012). Parmi ceux-ci, *l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*, représentant 95 conditions minimales en matière de détention et instaurées par les Nations Unies, est considéré comme le socle du droit pénitentiaire et, selon les Nations Unies (2014), ces règles devraient être suivies par l'ensemble des pays.

En plus de traiter du statut juridique du détenu en posant comme principe essentiel le droit au respect de la légalité dans les relations des détenus avec l'administration, *l'Ensemble des règles minima* porte également sur les conditions matérielles de détention (OIP, 2012). Notamment, les règles 9 à 21 détaillent l'environnement matériel et sanitaire qui se doivent d'être disponibles pour les détenus : les locaux de détention, les besoins relatifs à l'hygiène personnelle, les vêtements et la literie, l'alimentation et l'exercice physique. Puis, les règles 22 à 26 indiquent de façon précise quels doivent être les services médicaux disponibles en détention : l'accessibilité aux professionnels de la santé, la fréquence de consultation, le matériel et les installations nécessaires et les protocoles de transferts vers un hôpital civil (Nations Unies, 1958).

Depuis son élaboration et son adoption, *l'Ensemble des règles minima* a eu un impact considérable sur le traitement des détenus à travers le monde et demeure aujourd'hui la norme à partir de laquelle de nombreux organismes de défense des droits de la personne intergouvernementaux ou non gouvernementaux se basent pour étudier la question du traitement des détenus (Nations Unies, 2014). Il s'agit également d'un document incontournable pour juger du degré de respect des droits de la personne d'un état donné et de ses orientations visant à influencer non seulement les politiques pénales, mais aussi les pratiques pénitentiaires à l'échelle mondiale (OIP, 2012). Bien que *l'Ensemble des règles minima* n'ait pas force de loi en matière de protection des droits humains, les tribunaux nationaux et internationaux ainsi que les organismes non gouvernementaux de protection des droits de la personne s'y réfèrent pour éclairer l'interprétation des critères et des normes ayant force exécutoire dans ce domaine, comme le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* et la *Convention contre la torture et*

*autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* (OIP, 2012; Service correctionnel du Canada, 2014).

Enfin, au Canada, c'est à partir de 1975, lors du cinquième congrès des Nations Unies, qu'a été entériné l'*Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus*. En adhérant à ces règles, le Canada convenait de considérer leur inclusion dans les textes de lois fédérales (Service correctionnel du Canada, 2014).

*b) La notion d'équivalence des soins*

La notion d'équivalence des soins est un principe fondamental sur lequel sont basés la plupart des écrits en matière d'accessibilité et de qualité des soins physiques et psychiques prodigués dans les établissements de détention (Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), 2009). Reconnue de façon générale par les pays occidentaux, l'équivalence des soins signifie que les détenus doivent bénéficier du même niveau de soins médicaux que la population vivant en milieu libre (Jendly, 2008; CPT, 2009; Iftene et Manson, 2013; Rieder, Casillas, Mary et al., 2013).

En termes de médecine générale, le CPT (2009) explique que l'équivalence des soins signifie que les services de santé pénitentiaire doivent être en mesure d'assurer les traitements médicaux et les soins infirmiers ainsi que les régimes alimentaires, la physiothérapie, la rééducation ou toute autre prise en charge spéciale qui s'impose dans des conditions comparables à celles dont bénéficie la population dans la société libre. La quantité des effectifs du personnel médical ainsi que l'accès à des locaux, installations et équipements doivent être établis en conséquence (CPT, 2009). En plus d'une supervision appropriée de la pharmacie et de la distribution des médicaments, la préparation des médicaments doit être confiée à un personnel qualifié, soit un(e) pharmacien(ne), un(e) infirmier(e) ou un(e) technicien(ne) en pharmacologie (CPT, 2009). Aussi, le bon fonctionnement d'un service de santé demande que des médecins et du personnel

soignant puissent se rencontrer régulièrement et constituer une équipe de travail et ce, sous la responsabilité d'un médecin-chef (CPT, 2009). En somme, ce principe est basé sur les droits fondamentaux des individus, mais en raison des contraintes institutionnelles et du profil de santé des détenus, l'équivalence des soins représente un défi de taille pour les équipes médicales des établissements carcéraux à travers le monde (Rieder et al., 2013).

## 1.2 Le protocole de partage des responsabilités entre le MSP et le MSSS

Afin de rendre accessible les services spécialisés et les programmes du MSSS à la clientèle correctionnelle du Québec, il existe un protocole de partage des responsabilités entre le MSSS et le MSP concernant l'accès aux services de santé (physique et mentale) et l'accès aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes (MSP, 2010). Ce protocole vise à assurer aux personnes contrevenantes adultes de bénéficier de la gamme complète des services de santé et des services sociaux normalement accessibles à l'ensemble des citoyens en vertu de la loi, et ce, conformément à la Charte québécoise des droits et libertés de la personne (MSP, 2010).

Le protocole vise également à assurer un partage des responsabilités à partir des missions respectives des deux ministères. Ainsi, au Québec, c'est le MSP qui a l'obligation, via les services correctionnels et en partenariat avec le MSSS, de mettre en place la prise en charge médicale des détenus (Protecteur du citoyen, 2013).

## 2. L'ÉTAT DE SANTÉ DES DÉTENUS

Pour mieux saisir l'articulation des soins de santé en milieu carcéral ainsi que la prise en charge médicale des détenus, il est nécessaire de rendre compte de leur état de santé. Que ce soit en termes de santé mentale ou de santé physique, au Canada ou à l'extérieur du pays, un nombre important d'auteurs indiquent que la population carcérale présente

un état de santé particulièrement alarmant en comparaison à la population générale (Monceau, Jaeger, Gravier et al., 1996; Nieto, 1998; Hammett et Maruschak, 1999; Potts, 2000; Poulin, Alary, Lambert et al., 2007; World Health Organization, 2007; Robert, Frigon et Belzile, 2007; Lafortune, Vacheret et Cantin, 2008; Enquêteur correctionnel du Canada, 2011). Cette comparaison s'amplifie lorsque l'on considère que la population correctionnelle du Québec est beaucoup plus jeune que la population générale adulte du Québec (Giroux, 2011).

Tant au niveau des troubles de santé mentale que des problèmes de santé physique, la population carcérale présente donc un état de santé précaire en comparaison avec la population générale. La prochaine section fera état de cette situation en quatre différents volets : la prévalence des troubles de santé mentale, la présence des maladies infectieuses en détention, le vieillissement de la population carcérale ainsi que les problèmes de santé physique liés au caractère pathogène de l'institution carcérale. Cette présentation de l'état de santé des détenus permettra aussi de discuter des différents enjeux soulevés par la prise en charge de ces problématiques.

## 2.1 Les troubles de santé mentale au sein de la population carcérale

### *a) Études de prévalence*

La problématique des troubles de santé mentale en prison est appuyée par de nombreuses recherches tant nord-américaines qu'européennes. En s'intéressant d'abord à la prévalence de tous les troubles de santé mentale confondus, c'est-à-dire tant les troubles de santé mentale dits modérés ou transitoires que les troubles de santé mentale graves et persistants, ce serait 16% à 65% de la population carcérale qui en est affectée (Ditton, 1999; Blaauw, Roesch et Kerkhoff, 2000; James et Glaze, 2006). Par exemple, l'étude de Blaauw et al. (2000) synthétise des études de prévalence provenant de 13 pays européens et présente des résultats entre 37% et 65% de troubles de santé mentale au sein des populations carcérales étudiées. De même, Lafortune et al. (2008) présentent les résultats de dix études canadiennes qui se sont penchées sur la population carcérale

aux prises avec des troubles mentaux. En fait, ce serait en moyenne 35% des détenus qui présentent des troubles anxieux, 65% des troubles de la personnalité et 58% des troubles liés à l'abus de substances. Enfin, une étude québécoise menée par Hodgins et Côté (1990) montre que 57% des détenus provinciaux présentent un problème d'abus de substances ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Concernant les troubles de santé modérés, ce serait 47% des détenus qui souffrent d'un trouble de la personnalité antisociale, 44% d'un trouble d'anxiété généralisée et 20% d'un trouble phobique. À cet égard, les recherches québécoises et canadiennes présentent des résultats en cohérence avec les études réalisées à l'international (Lafortune et al., 2008).

Le fait d'inclure les troubles liés à l'abus de substances permet en partie d'expliquer la grande variabilité dans les résultats. Effectivement, comme le montre l'étude de Young (2003) réalisée grâce à l'analyse de près de 300 dossiers médicaux de femmes et d'hommes incarcérés dans une prison de l'État de New York, ce serait 67% des personnes incarcérées qui sont atteintes d'un trouble lié à l'abus de substances. Associé à la comorbidité entre un trouble d'abus de substances et un autre trouble de santé mentale, Young (2003) montre que c'est 45% des détenus qui en sont atteints. De plus, la variation des taux de prévalence au sein des études s'explique par le fait que les critères et les instruments de mesures utilisés diffèrent d'une étude à l'autre (questionnaires auto-révélés, analyses des dossiers médicaux ou entrevues structurées) (Lafortune et al., 2008).

En concentrant notre attention sur les troubles mentaux graves et persistants, les études réalisées en milieu carcéral comprennent généralement la schizophrénie, la dépression majeure, le trouble bipolaire, le trouble délirant et les autres psychoses d'origine non toxique (Lafortune et al., 2008). En fonction de cette inclusion, les études présentent des taux relativement semblables entre elles. Des études menées auprès de détenus américains démontrent des taux de troubles mentaux graves et persistants entre 9% et 25% (Teplin, 1994; Veysey et Bichler-Robertson, 1999; Young, 2003; Rudell, 2006). De plus, une revue systématique menée par Fazel et Danesh (2002) à partir de 62 études

provenant de 12 pays occidentaux a montré que 3,7% des hommes incarcérés sont atteints de psychoses chroniques et 10% de troubles dépressifs majeurs.

Chez les femmes incarcérées, les études disponibles concernant la prévalence des troubles de santé mentale sont plus rares. Néanmoins, celles qui s'y penchent montrent que la prévalence des troubles de santé mentale est aussi, sinon plus élevée, au sein de la population carcérale féminine que masculine (Teplin, Abram et McClelland, 1996; Veysey, 1998; Young et Reviere, 2001; Fazel et Danesh, 2002). Effectivement, Teplin et al. (1996) rapportent une prévalence à vie des troubles de santé mentale de tous types de 80%, dont 70% qui présentent des symptômes dans les six mois qui précèdent les entrevues. Plus spécifiquement, Fazel et Danesh (2002) concluent que 4% des femmes détenues sont atteintes de psychoses chroniques, 12% de dépressions majeures et 42% de troubles de la personnalité, incluant 21% de personnalités antisociales.

Aux prises avec des troubles de santé mentale important, la littérature démontre que la population carcérale féminine est également plus à risque de commettre un suicide (Frigon et Duhamel, 2006). Une étude menée dans les prisons américaines auprès de 1 272 détenues a montré que 53,7% des femmes disent avoir eu des idéations ou un comportement suicidaire à un moment dans leur vie (Charles, Abram, McClelland et al., 2003). Cette tendance est également soutenue par Nicholls, Lee, Corrado et Ogloff (2004) qui montrent que les femmes incarcérées sont plus à risque de commettre un acte suicidaire que les hommes détenus ou que les femmes de la population générale. Toutefois, selon ces mêmes auteurs, les femmes sont généralement plus à risque d'une tentative de suicide alors que les hommes sont plus à risque de commettre un suicide. Ce constat se vérifie aussi dans la littérature recensée sur l'automutilation chez les femmes incarcérées (Short, Cooper, Shaw, et al., 2009; Lécu, 2013; Service correctionnel du Canada, 2013). À cet égard, l'Enquêteur correctionnel du Canada (2011) demandait que les comportements d'automutilation soient considérés comme un problème de santé mentale et non plus comme une question de sécurité.



Ceci étant, les études récentes démontrent que la prévalence des troubles de santé mentale est de trois à quatre fois plus élevée au sein des populations carcérales que dans la population générale (Lafortune et al., 2008). Au Québec, ces mêmes rapports semblent se reproduire (Côté et Hodgins, 2003). Étant donné que les troubles de la santé mentale affectent les populations québécoises et canadiennes entre 17% et 20% (Santé Canada, 2002 ; MSSS, 2005) et en regard des résultats que nous avons présentés, il apparaît clairement que les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale sont nettement surreprésentées au sein des populations carcérales.

*b) Enjeux entourant la prise en charge des troubles de santé mentale en milieu carcéral*

En dépit du fait que l'environnement carcéral ne soit pas l'endroit le plus approprié pour prendre en charge une clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale (Slate, Roskes, Feldman et al., 2003), les détenus, au même titre que la population générale, ont le droit de recevoir des soins (Lafortune et al., 2008). De plus, la prévalence des troubles de santé mentale et des autres problèmes concomitants au sein de la population carcérale justifie l'existence d'une offre de soins de santé conséquente (Lafortune et al., 2008).

Pourtant, la littérature nord-américaine et européenne portant sur la prise en charge médicale de tels problèmes fait le constat assez généralisé que les services de soins en santé mentale font partie d'un secteur d'intervention problématique (Reed et Lyne, 2000; Human Rights Watch, 2003; Knoll, 2006; Enquêteur correctionnel du Canada, 2009; 2010; 2011; 2012). Effectivement, la qualité des soins offerts et leur accessibilité sont souvent remises en question. Le fait que certaines prisons américaines (environ 20%) n'offrent aucun soin de santé mentale illustre bien la situation (Lurigio, 2000).

De façon générale, ce sont des lacunes relatives au manque de formation spécialisée en psychiatrie et en santé mentale, à l'utilisation abusive de l'isolement cellulaire et ce, de façon prolongée ou encore à la coordination des services de suivi des patients entre les

établissements et la communauté qui sont soulevées par la critique (Reed et Lyne, 2000; Enquêteur correctionnel du Canada, 2011). Remédier à ces lacunes permettrait d'offrir une meilleure prise en charge d'une population qui présente d'importants besoins en la matière.

## 2.2 Les maladies infectieuses en détention : les cas du VIH et du VHC

### *a) Quelques chiffres*

Avant leur incarcération, un nombre considérable de détenus ont des habitudes de consommation de drogues injectables qui les exposent à un risque accru de contracter différents types d'infections graves (Service correctionnel du Canada, 2004; Zakaria, Thompson, Jarvis et al., 2010). En 2005, la prévalence connue du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les établissements fédéraux canadiens s'élevait à 1,66% (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Ces résultats sont en cohérence avec les statistiques d'autres études comme celle de Maruschak (2007) qui situait les taux d'infection au VIH à 1,7% pour l'ensemble des détenus américains en 2005. En outre, un large sondage mené en 2007 par le Service correctionnel du Canada (SCC), a conclu à des taux globaux d'infections au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) nettement plus élevés parmi les détenus ayant subi un test de dépistage que dans la population canadienne. Effectivement, 4,6% des détenus dépistés sont atteints du VIH et 31% du VHC, soit respectivement des taux de 15 et 39 fois plus élevés que les taux estimés dans l'ensemble de la population canadienne (Zakaria et al., 2010).

Ces taux sont encore plus élevés lorsque l'on s'intéresse à la population féminine canadienne incarcérée. Pour le VIH, les taux d'infection s'élèvent à 5,5% chez les femmes non autochtones et à 11,7% chez les femmes autochtones. Concernant le VHC, les femmes non autochtones sont atteintes du virus à 30,3% et à 49,1% chez les femmes autochtones (Zakaria et al., 2010). Les antécédents d'utilisation de drogues injectables sont principalement mis en cause pour expliquer la différence entre les taux d'infection des femmes et des hommes incarcérés (Zakaria et al., 2010).

Du côté québécois, un sondage auprès de 1 607 détenus provenant de sept prisons québécoises mené par l'Unité de recherche en santé des populations a montré des taux de 2,4% de cas de VIH chez les détenus masculins et 8,8% chez les femmes détenues (Poulin et al., 2007). Dans cette étude, les auteurs établissent aussi la corrélation avec l'utilisation des drogues injectables en montrant que 20,6% des femmes et 7,2% des hommes qui consomment ces drogues sont séropositifs (Poulin et al., 2007).

Dans cette même étude, les auteurs montrent également que les infections au VHC sont plus élevées chez la population carcérale féminine que masculine. En effet, les femmes détenues sont atteintes du VHC à 29,2% et les hommes détenus à 16,6%. De plus, une majorité d'individus atteints du VIH étaient aussi atteints du VHC (Poulin et al., 2007). De nouveau, les résultats montrent que les infections à ces virus affectent particulièrement les utilisateurs de drogues injectables puisque 90% des individus infectés par l'un ou l'autre des virus ont rapporté consommer de telles drogues avant leur incarcération (Poulin et al., 2007). Parmi les utilisateurs de drogues injectables, le partage de seringues et l'utilisation de drogues injectables pendant l'incarcération sont les facteurs de risque indépendamment associés à la transmission du VHC (Poulin et al., 2007).

En outre, les résultats de cette étude permettent aux auteurs d'estimer qu'environ 800 individus séropositifs au VIH et 4 800 individus séropositifs au VHC circulent annuellement dans l'ensemble du réseau carcéral de la province (Poulin et al., 2007). Enfin, ils ont montré que 20% des individus atteints du VIH et 40% des gens porteurs du VHC ignoraient leur condition. Ces résultats soulèvent alors des enjeux importants en matière de dépistage, de prise en charge et de prévention de telles maladies en milieu carcéral.

*b) Enjeux entourant le dépistage, la prise en charge et la prévention des maladies infectieuses en détention*

En 2013, près de 43 000 admissions ont été enregistrées dans les établissements de détention du Québec (MSP, 2013a). Étant donné les taux considérables de personnes porteuses et atteintes du VIH et du VHC au sein de ces établissements, la durée relativement courte des sentences dans les établissements provinciaux, l'important roulement des détenus au sein des établissements et les incessants transferts ayant cours dans les institutions carcérales de la province, il y a lieu de croire que le dépistage, la prise en charge médicale et la prévention des maladies infectieuses sont bénéfiques tant pour les gens aux prises avec ces pathologies que pour l'ensemble de la population canadienne (Poulin et al., 2007).

En raison de leur historique d'utilisation de drogues injectables avant l'incarcération et du taux d'infection important des utilisateurs dans la population générale, la plupart des détenus séropositifs au VHC le sont déjà avant leur entrée en prison (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Ceci soulève des questionnements sérieux puisque le potentiel de propagation du VHC est important et qu'il se transmet beaucoup plus facilement que le VIH (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). D'ailleurs, sa transmission a déjà été documentée dans les prisons de nombreux pays, dont le Canada (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008).

Dans le rapport annuel 2011-2012 de l'Enquêteur correctionnel du Canada, une section particulière est réservée à la problématique des drogues dans les pénitenciers du pays. En plus de faire la corrélation entre cette problématique et la hausse des troubles de santé mentale dans les établissements, l'accent est mis sur le fait qu'environ la moitié des détenus ayant utilisé des drogues injectables en détention avait partagé du matériel d'injection avec des détenus dont ils connaissaient l'infection au VIH ou au VHC ou bien ignoraient s'ils étaient infectés. On soutient alors que des mesures de dépistage doivent être offertes de façon systématique dans l'ensemble des établissements lors de l'admission de nouveaux arrivants (Enquêteur correctionnel du Canada, 2012).

Toutefois, le dépistage demeure une procédure volontaire et les détenus sont en droit de refuser de s'y soumettre (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008).

Dans un autre ordre d'idées, des mesures favorisant la réduction des méfaits font partie des interventions pouvant être mises en place afin de répondre à la problématique de propagation et de transmission des maladies infectieuses (Zakaria et al., 2010). Brisson (1997) définit la réduction des méfaits comme une approche non répressive fondée sur les principes fondamentaux du pragmatisme et de l'humanisme. En fait, les mesures de réduction des méfaits cherchent à rejoindre les usagers là où ils se situent et en fonction de leurs priorités, et non celles des intervenants (Brisson, 1997; MacPherson, 2001; Landry et Lecavalier, 2003). En outre, il s'agit d'admettre que l'éradication complète de l'utilisation des comportements à hauts risques en détention est impossible (Plourde, Brochu, White et al., 2005). Les mesures de réductions des méfaits, fortement imbriquées à des considérations de santé publique, aspirent à minimiser les dommages (propagation des maladies virales, intoxication, etc.) tant pour les usagers, la collectivité que pour la société en général (Santé Canada, 2001; Plourde et al., 2005).

L'approche de réduction des méfaits dans les milieux carcéraux peut comprendre différentes mesures. D'abord, les programmes de traitement d'entretien à la méthadone (PTM) sont généralement offerts dans les détentions canadiennes mais ils ne visent pas la désintoxication ou le traitement des douleurs. De plus, l'amorce d'un programme d'entretien à la méthadone en détention est un sujet controversé parmi le corps de médecins exerçant en détention (Plourde et al., 2005). Même si l'incarcération peut être perçue par certains comme un moment approprié pour débiter un traitement à la méthadone (Plourde, Mercier et Perreault, 2002), l'implantation d'un tel programme en contexte carcéral peut rencontrer plusieurs embûches, notamment la résistance de la part du personnel (Plourde et al., 2005). En effet, certains médecins insistent sur les défaillances et les obstacles à la mise en place de programmes de méthadone de manière élargie dans l'ensemble des prisons provinciales et ce, en raison des lacunes dans la

coordination des services avec l'extérieur ainsi que le manque de personnel pour l'administration des doses et le suivi psychosocial (Plourde et al., 2005).

La disponibilité et l'accessibilité à du matériel d'injection propre sont d'autres mesures de réduction des méfaits. Elles font référence aux programmes d'échanges de seringues propres ou encore à la distribution d'eau de Javel permettant de désinfecter le matériel d'injection. Déjà dans les années 1990, un rapport avait été émis sur le VIH et le sida en détention et recommandait au gouvernement canadien de mettre en application une multitude de pratiques de réduction des méfaits à l'intérieur des prisons provinciales et fédérales. Pour prévenir la transmission par le sang des infections, le SCC ordonne que de l'eau de Javel soit « aisément et discrètement » accessible aux détenus afin qu'ils puissent désinfecter le matériel d'injection, de tatouage et de perçage qu'ils utilisent (Service correctionnel du Canada, 2004 ; Zakaria et al., 2010). Toutefois, des auteurs soutiennent qu'en l'absence de programmes d'échanges de seringues propres, l'eau de Javel ne représente pas une réponse adéquate et suffisante (Small, Kain, Laliberté et al., 2005). De plus, bien que le SCC mette de l'eau de Javel, des condoms, des lubrifiants et des digues dentaires à la disposition des détenus, des problèmes d'accessibilité comme des distributeurs brisés ou vides ont été signalés par les détenus (Enquêteur correctionnel du Canada, 2012).

## 2.3 Les problèmes de santé associés au vieillissement de la population carcérale

### *a) Quelques chiffres*

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2014), le vieillissement de la population est un phénomène mondial et la population âgée de 60 ans et plus est celle qui augmente le plus rapidement. En 2006, la population âgée de 65 ans et plus représentait 14,9% de la population canadienne (Statistique Canada, 2012). En raison du vieillissement démographique, notamment due à l'arrivée des baby-boomers à l'âge de 65 ans,

Statistique Canada (2012) estime que la proportion de personnes âgées pourrait atteindre le double de celle des enfants vers le milieu du 21<sup>e</sup> siècle.

Ce vieillissement démographique s'explique par la présence de plusieurs facteurs dont les avancées médicales et technologiques permettant l'amélioration de la santé et des conditions socio-économiques (Lauzon et Adam, 1996), mais il s'accompagne aussi de difficultés particulières auxquelles tous les pays devront faire face (OMS, 2014).

Si on remarque une nette augmentation des personnes âgées dans la population générale, la population carcérale ne fait pas exception (Landreville et Laplante, 1995; Uzoaba, 1998; Cusson, 2005; Désesquelles, 2005; Stal, 2012). D'abord, en milieu carcéral, un détenu âgé de 50 ans et plus est considéré comme une personne âgée (Uzoaba, 1998). On soutient qu'en détention, le processus de vieillissement naturel peut s'accélérer d'environ 10 ans (Chartier, 1999; Gal, 2002; Varini, 2003; Service correctionnel du Canada, 2010), notamment en raison de facteurs de risques associés à la précarité socioéconomique, à l'accès limité aux soins médicaux de cette population, au stress lié aux conditions de détention et à certaines habitudes de vie néfastes pour la santé (Morton, 1992; Chartier, 1999). Ainsi, la dénomination identifiant un délinquant âgé à partir de 50 ans apparaît appropriée (Tesseron, 2008).

En 2012, 20,6% des détenus sous responsabilité fédérale avaient 50 ans et plus, âge à partir duquel on considère le délinquant comme un détenu âgé (Service correctionnel du Canada, 2012). Dans les centres de détentions provinciaux, c'est 13,6% de la population correctionnelle qui est âgée de 50 ans et plus (Giroux, 2011). Ainsi, les détenus sont de plus en plus âgés tant dans les prisons provinciales que dans les établissements correctionnels fédéraux (Cusson, 2005).

Toutefois, l'hypothèse démographique du vieillissement de la population ne suffit pas à expliquer l'accroissement de la population des personnes âgées en milieu carcéral (Tesseron, 2008). Cette hausse pourrait plutôt être imputée à certaines modifications

législatives comme l'augmentation de la longueur des peines, ainsi qu'à certains changements dans les pratiques judiciaires et correctionnelles comme une plus grande sévérité dans l'octroi des libérations conditionnelles et un taux de dénonciation plus élevé pour certains délits (Landreville et Laplante, 1995; Uzoaba, 1998; Cusson, 2005). Le durcissement législatif des dernières années n'est donc pas sans conséquence sur le vieillissement de la population carcérale (Tesseron, 2008).

En termes de santé, les délinquants âgés souffrent d'une multitude de pathologies (Gal, 2002; Enquêteur correctionnel du Canada, 2011). Ce sont principalement les maladies chroniques et dégénératives associées au vieillissement, comme le cancer, l'arthrite, le diabète, les troubles cardiovasculaires et respiratoires et l'hypertension qui représentent les troubles de santé les plus courants chez les détenus âgés (Gal, 2002). De plus, Cusson (2005) avance que ce sont les problèmes chroniques de santé liés au vieillissement comme les pertes sensorielles et la vulnérabilité aux infections ainsi que les troubles liés à la perte d'autonomie fonctionnelle qui sont particulièrement présentes chez les détenus âgés. Enfin, Aday (2006) ajoute que les détenus âgés sont plus à risque de présenter des problèmes de santé chroniques comme l'emphysème, ainsi que des troubles aux reins ou au cœur.

#### *b) Enjeux relatifs à la prise en charge médicale des délinquants âgés*

Ceci étant, il convient de se pencher sur les retombées que le vieillissement de la population carcérale peut avoir sur le système de santé en milieu carcéral ainsi que sur les dispositifs mis en place pour répondre aux besoins spécifiques de santé de cette population (Robert, 2004). Selon Service correctionnel Canada (2012), les coûts engendrés par les soins médicaux dans les pénitenciers ont augmenté de 63% depuis 2006. Cette explosion des coûts serait directement associée au vieillissement de la population carcérale et à certains facteurs de prise en charge comme le prix des médicaments et le coût des contrats dans les services de santé. De plus, l'Enquêteur



correctionnel du Canada (2011) confirme que les détenus âgés utilisent de façon disproportionnée les services de soins de santé en établissement.

Selon Uzoaba (1998), la population des délinquants âgés présentent des besoins spécifiques d'adaptation à la vie carcérale, d'aménagement d'un milieu carcéral adapté, de vulnérabilité à la violence du milieu et de relations avec les autres détenus. En 2011, l'Enquêteur correctionnel du Canada a réitéré l'importance d'accorder une attention particulière à l'égard des délinquants âgés, incluant les besoins liés à la vie autonome, à la mobilité, aux soins palliatifs ainsi que les problèmes liés à la victimisation. Cusson (2005) ajoute qu'il est nécessaire d'adapter les programmes correctionnels à cette clientèle en offrant du soutien aux divers intervenants du milieu. De plus, il est nécessaire d'assurer une complémentarité entre le milieu correctionnel et celui de la santé publique (Cusson, 2005). Le vieillissement de la population carcérale est une réalité indéniable qui nécessite des mesures et des prises en charge adaptées à ces besoins particuliers.

## 2.4 Les problèmes de santé associés au caractère pathogène de l'institution carcérale

Dans son ouvrage intitulé : « *La prison, un lieu de soin?* », Lécu (2013) consacre un chapitre entier aux motifs de consultation des personnes détenues et sur ce qu'ils révèlent du corps incarcéré. Elle soutient qu'en plus des motifs de consultations similaires à ceux rencontrés dans les consultations « ordinaires », le médecin qui exerce en détention s'étonne face à une seconde catégorie de problèmes de santé que l'auteure qualifie d'« étranges » comme par exemple diverses formes de changements du corps et des troubles alimentaires et digestifs. L'observation de ces problématiques de santé dans sa propre pratique médicale, dans celle de ses collègues ainsi que dans le discours des détenus lui a permis de tirer cette conclusion : « *il existe une interaction entre le milieu de vie, ou pour mieux dire entre la situation existentielle et le corps.* » (p. 41)

Selon Lécu (2013), le corps des détenus peut être amené à changer de différentes façons. La diminution de l'acuité visuelle fait d'abord partie de ces problèmes de santé inusités. Les yeux du détenu ne pouvant plus se fixer sur l'horizon, « *l'enfermement du regard [...]* oblige l'œil à ne regarder qu'à "courte-vue" » (p.58). L'auteur mentionne également divers problèmes de peau comme des lésions cutanées, des allergies, de l'eczéma ayant souvent des causes inconnues. Chez les femmes, l'aménorrhée et la chute des cheveux sont autant de symptômes de ce changement du corps.

Ensuite, les troubles de conduites alimentaires, tels que la boulimie et l'anorexie (Lécu, 2013), ainsi que les troubles digestifs, comme la constipation, font également partie des problèmes de santé répertoriés en détention (Lécu, 2013). En somme, l'étonnement de Lécu (2013) à l'égard de ces problématiques de santé physique vient du fait qu'ils prennent une place considérable parmi les motifs de consultations (près de la moitié du temps) et qu'ils créent, en quelque sorte, une spécificité de la santé en milieu carcéral.

Dans un même ordre d'idées, Marquart, Merianos, Hebert et al. (1997) soutiennent que le contexte carcéral doit forcément être pris en considération lorsque l'on s'intéresse aux problèmes de santé de la population carcérale. Effectivement, le caractère pathogène de l'institution carcérale expose les détenus à de nouvelles maladies ou l'aggravation de leur condition de santé à l'admission. En outre, dans une étude menée dans 65 prisons américaines, Young et Reviere (2001) soutiennent que le manque d'emprise des femmes incarcérées sur leur régime alimentaire, le stress inévitable ainsi que les lacunes relatives à la prescription et la prise des médicaments font partie des facteurs contributifs de l'aggravation des conditions de santé en détention.

## 2.5 Conclusion

En définitive, tel que mis en lumière par la présentation des troubles de santé mentale, de la prévalence des maladies infectieuses, du vieillissement de la population carcérale et des autres problèmes de santé physique répertoriés dans la littérature, il apparaît

comme une évidence que l'état de santé des détenus n'est pas représentatif de celui de la population générale. De plus, cette précarité médico-sanitaire soulève des questionnements importants quant à l'accessibilité des soins de santé offerts aux détenus dans un tel contexte.

### **3. CARACTÉRISTIQUES DE LA PRISON COMME MILIEU DE VIE**

#### **3.1 Réflexions autour de la prison comme un environnement total**

Goffman (1961/1968) définit l'« institution totale<sup>1</sup> » comme un « *lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées* » (p.41). Brièvement, ce sont différents types d'institutions dans lesquelles la gestion du quotidien de ses résidents est totalement prise en charge par un programme planifié. Dans sa description des caractéristiques des institutions totales, Goffman (1968) schématise un classement en cinq catégories. La prison est explicitement décrite sous la troisième forme, c'est-à-dire, une institution destinée à protéger la communauté des délinquants, sans que le but premier ne soit dans l'intérêt de ces derniers (Goffman, 1968).

Dans la foulée des travaux de Goffman (1961/1968), Foucault a publié en 1975, « *Surveiller et punir – Naissance de la prison* ». En exposant de façon chronologique la manière dont se sont exercées les différentes mesures punitives et correctionnelles, cet ouvrage multidisciplinaire a eu une influence considérable sur les réflexions et les critiques ayant pour objet le milieu carcéral (Rostaing, 1997; Holmes, 2001). Particulièrement, ces deux ouvrages phares nous rappellent que différentes règles et

---

<sup>1</sup> Dans l'ouvrage de Goffman, *Asylums : Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, (1961), l'auteur introduit le terme *total institution*. Comme l'ont fait d'autres auteurs (Castel, 1989; Pinto, 1989; Combessie, 2000; Holmes, 2001; Vacheret et Lemire, 2007), nous utiliserons la traduction littérale du terme anglais plutôt que le terme « institution totalitaire » telle qu'utilisé dans la traduction française de 1968.

formes de pouvoir s'imposent au sein d'un système fermé comme la prison : « *elle a ses mécanismes internes de répression et de châtiment : discipline despotique.* » (Foucault, 1975 : 273)

Depuis la deuxième moitié du XVIII<sup>e</sup> siècle, la prison est considérée par nos sociétés comme le symbole par excellence de la punition (Foucault, 1975; Lécu, 2013) : « *La prison, pièce essentielle dans la panoplie punitive, marque à coup sûr un moment important dans l'histoire de la justice pénale : son accès à l' "humanité"* » (Foucault, 1975 : 267). L'un des principaux intérêts de l'ouvrage de Foucault est de montrer la continuité et la logique historique entre les mesures punitives barbares et l'arrivée de la prison dans notre société (Rostaing, 1997). Toutefois, même si la prison nous libère des tortures et des barbaries d'une époque « révolue », elle est devenue la « *peine des sociétés civilisées*<sup>2</sup> » (Foucault, 1975 : 268). Si elle se veut « humanisante », elle est néanmoins un lieu de réforme et de transformations disciplinaires chez l'individu (Holmes, 2001).

Dans son chapitre « *Des institutions complètes et austères*<sup>3</sup> », Foucault (1975) soutient que les caractéristiques liées à l'architecture rigide et à l'aspect caché du regard extérieur laissent place à un pouvoir quasi-total sur les détenus. L'exercice de ce pouvoir, en plus de passer par l'organisation totale de la vie du détenu, passe également par la transformation morale du délinquant et travaille ainsi à sa réhabilitation. La prison n'est donc plus strictement punitive, elle redresse, transforme et guérit (Rostaing, 1997). Pour ce faire, la prison s'entoure de différents agents ayant des rôles divers : criminologues, psychologues, psychiatres, médecins et infirmières. Foucault (1975) considère ces agents comme de « *véritables magistrats* » appelés à régner de façon souveraine dans la prison. Pour Goffman (1968), en prison, n'importe quel membre du personnel dispose d'un droit de sanction indiscutable à l'égard de n'importe quel membre de la « *classe des reclus* ». Lemire (1990) ajoute que l'institution totale régente l'ensemble de la vie des reclus et les soumet à des rapports de pouvoir unidirectionnel ; l'exercice de ce pouvoir étant

---

<sup>2</sup> En citant P. Rossi, Traité de droit pénal, 1829, III, p.169.

<sup>3</sup> Citation de L. Baltard. *Architectonographie des prisons*, 1829.

théoriquement absolu. De ce point de vue, la tâche du personnel médical ne serait plus nécessairement axée sur le fait de prodiguer un soin mais bien de transformer le détenu en vue d'une réinsertion sociale réussie (Holmes, 2001).

### 3.2 Effritement et porosité de l'institution totale

Pour Rostaing (1997), l'ambitieuse thèse de Foucault mérite d'être dépassée puisqu'elle se fonde sur un fonctionnement dominé par des « appareils » relativement statiques laissant de côté la résistance ou les stratégies des acteurs sociaux. L'environnement carcéral doit maintenant être étudié en termes de « relations » entre les différents acteurs (Rostaing, 1997). Dans un même ordre d'idées, des auteurs intéressés par la sociologie du milieu carcéral soutiennent que les prisons sont trop souvent décrites comme des institutions complètement étanches et fermées au monde extérieur. Les nombreuses transformations et réformes mises en place dans les prisons au cours des dernières décennies les ont modifiées par rapport à la description que pouvait en faire Goffman (1968) ou Foucault (1975). Ainsi, l'institution carcérale ne serait plus aussi « totale », mais céderait la place à une certaine porosité entre les mondes extérieur et intérieur (Veil et Lhuillier, 2000; Chantraine, 2004; Vacheret et Lemire, 2007).

La nouvelle ouverture de la prison sur le monde extérieur est maintenant réelle grâce à la médiatisation, à la connaissance du monde carcéral par l'extérieur, aux échanges de plus en plus nombreux avec l'extérieur et par l'arrivée de nouveaux intervenants pénitentiaires. Cette perméabilité entraîne un changement réel dans les rapports de pouvoir qui s'exercent à l'intérieur des murs (Vacheret et Lemire, 2007). Comme le soutiennent Veil et Lhuillier (2000), les rapports de pouvoir à l'intérieur de l'institution carcérale se diversifient et perdent de leur homogénéité. Les prisons deviennent alors des institutions de moins en moins fermées, de plus en plus poreuses (Chantraine, 2004). Le système de privilèges s'étant transformé en un système de droits reconnus par les instances gouvernementales, on assiste à une évolution dans les conditions de détention (Vacheret et Lemire, 2007). Les échanges ayant lieu lors des séances de parloir,

l'importance que revêt la proximité géographique du réseau relationnel dans la vie d'un détenu, le courrier, le téléphone et les permissions de sortie sont tous des éléments qui contribuent à effriter la barrière pénitentiaire : « Son caractère total est entamé<sup>4</sup> » (Chantraine, 2004 : 248).

Toutefois, cette transformation indéniable de l'univers carcéral ne suffit pas à en modifier ses fondements : les détenus demeurent des individus isolés, exclus de la société (Vacheret et Lemire, 2007), comme « mis hors de » (Châtel, 2007). Ils sont confinés dans un lieu où ils sont entièrement pris en charge et la prison conserve son caractère coercitif, répressif et punitif (Vacheret et Lemire, 2007; Lécu, 2013).

### 3.3 Préoccupations sanitaires

Comme ailleurs dans le monde, la surpopulation des établissements de détention fait partie de la réalité carcérale québécoise et canadienne depuis de nombreuses années (Protecteur du citoyen, 2007 ; 2013 ; Enquêteur correctionnel du Canada, 2010 ; 2011 ; 2012 ; 2013 ; Iftene et Manson, 2013). Pourtant, la surpopulation carcérale est souvent associée à des installations insalubres, à l'inactivité des détenus et peut également mener au non-respect des droits individuels (CPT, 1992). En outre, quelques exemples rapportés par la Cour européenne des droits de l'homme ont montré que la surpopulation carcérale entraîne une prise en charge médicale inadéquate (Iftene et Manson, 2013). Elle est également associée au sentiment de désespoir chez les personnes incarcérées, à des altercations entre les détenus, à un accroissement des demandes médicales ainsi qu'à une augmentation moyenne de la pression artérielle (Zyl Smit et Snacken, 2011).

Au Québec, le transfert des détenus représente la principale mesure utilisée par le ministère de la Sécurité publique pour parer au problème de la surpopulation

---

<sup>4</sup> En citant Seyler, M. (1988).

(Protecteur du citoyen, 2013). En 2012-2013, il y a eu 29 290 transferts, soit une augmentation de 11% par rapport à l'année précédente. Or, cette pratique est préoccupante puisqu'elle a des répercussions importantes comme le retard dans la médication, les rendez-vous médicaux manqués, l'éloignement de la famille, les difficultés d'accès aux avocats, les reports de comparution et les retards dans l'évaluation (Protecteur du citoyen, 2013).

Aussi, la double occupation cellulaire, c'est-à-dire le fait de loger deux détenus dans une cellule conçue pour une occupation simple, est également une méthode utilisée pour palier au problème de surpopulation. En 2010, une situation alarmante avait été rapportée par l'Enquêteur correctionnel du Canada indiquant que la double occupation des cellules avait lieu même dans les cellules d'isolement. Au 31 mars 2013, le taux national canadien de double occupation frôlait les 21% (Enquêteur correctionnel du Canada, 2013). En 2013, des visites menées par l'Ombudsman correctionnel à l'établissement de Trois-Rivières ont permis de montrer que le secteur féminin était utilisé pour pallier à la surpopulation de l'établissement et que les femmes détenues devaient être logées dans les cellules d'admission qui ne sont pas conçues pour servir d'hébergement, puisqu'inadéquates en matière d'hygiène. Il semble que le Centre de détention pour femmes Maison Tanguay à Montréal présentait également de lourds problèmes de salubrité, des locaux inadéquats, des défauts dans la distribution des médicaments et des lacunes dans l'évaluation des besoins des femmes (Protecteur du citoyen, 2013).

En plus de représenter une violation des normes internationales de détention respectueuses des droits de la personne, le doublement cellulaire est considéré comme une pratique très peu sécuritaire qui va à l'encontre de la dignité humaine et des politiques de logement des détenus de nombreux pays (Nations Unies, 1958; OIP, 2012). Selon le Protecteur du citoyen (2013), le doublement cellulaire a des conséquences importantes dont l'aération déficiente, des problèmes d'insalubrité et l'augmentation de la tension et des actes de violence entre les détenus.

### 3.4 Conclusion

Si le caractère total de l'institution carcérale est remis en question par les auteurs contemporains qui s'intéressent à la sociologie du milieu carcéral, il est tout de même admis que les fondements punitifs et coercitifs de la prison demeurent. Cette présentation de l'institution carcérale d'un point de vue sociologique permet de mieux situer le lieu d'exercice de la profession médicale qui nous intéresse. De plus, catalysés par le lien observé entre l'environnement carcéral et certaines pathologies (Lécu, 2013), la surpopulation carcérale et ses répercussions sur la salubrité des établissements, le manque d'hygiène, l'inactivité des détenus, les transferts et la violence en détention soulèvent des questionnements importants sur la façon dont s'exercent les pratiques professionnelles dans un tel contexte sanitaire.

## 4. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES MÉDICALES EN DÉTENTION

Les études portant spécifiquement sur les pratiques professionnelles médicales en détention ne sont pas nombreuses. Quelques auteurs, principalement français, ont publié des ouvrages à ce sujet (Vasseur, 2000; Milly, 2001; Lécu, 2013) mais ceux-ci demeurent exceptionnels. Par ailleurs, une partie de la littérature que nous avons recensée s'intéresse à l'environnement organisationnel de la pratique médicale exercée par les médecins et les infirmières auprès de la population générale. Malgré le fait que cette littérature ne soit pas spécifique au milieu carcéral, nous avons jugé pertinent d'en faire un tour d'horizon, afin de mieux comprendre les conditions de travail entourant le soin médical. Ainsi, l'importance du travail d'équipe et du soutien organisationnel, la violence pouvant être subie par le personnel médical ou encore les enjeux entourant la rétention du personnel sont des éléments qui peuvent influencer la satisfaction au travail des employés et la qualité des soins prodigués aux patients. Ces éléments, répertoriés dans la littérature portant sur la pratique médicale générale, permettront d'anticiper les enjeux pouvant également influencer la pratique médicale carcérale.



#### 4.1 L'environnement de travail entourant la pratique médicale en milieux de soins conventionnels

Certains écrits récents s'intéressent au contexte d'exercice de la pratique médicale auprès de la population générale. Outre l'environnement physique, la littérature scientifique reconnaît aujourd'hui que les patients et le personnel médical coexistent dans un environnement organisationnel qui peut avoir un impact considérable sur leur bien-être psychologique et que cet environnement peut également exercer une influence sur la qualité des soins prodigués. Par exemple, certains éléments comme le soutien des collègues, la place qu'occupe le travail d'équipe au sein des organisations, les opportunités d'apprentissage et de formation en cours de carrière ainsi que les possibilités d'exercer un leadership sont mis de l'avant comme des facteurs permettant d'avoir une meilleure satisfaction au travail et de protéger les professionnels des risques associés à l'épuisement professionnel (Norman, 2013).

##### *a) La violence commise à l'égard du personnel médical*

En 2009, Shields et Wilkins (Statistique Canada) ont publié un document portant sur les facteurs liés à la violence faite aux fournisseurs de soins de santé, et particulièrement à l'égard des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les hôpitaux ou les établissements de soins de santé de longue durée. Leurs résultats indiquent que 34% des infirmières et infirmiers interrogés déclarent avoir été victimes d'une agression physique commise par un patient, et 47% ont déclaré avoir été victimes de violences psychologiques. Le personnel infirmier hommes et les membres du personnel infirmier les moins expérimentés étaient plus susceptibles que leurs collègues possédant plusieurs années de pratique de déclarer l'une ou l'autre forme de violence. Dans ce cadre, les auteurs de cette étude indiquent que la violence déclarée est associée à la perception des interviewés et que les ressources en personnel ou en matériel sont insuffisantes, que les relations entre les médecins et les infirmières sont mauvaises ou encore que le soutien de la part des collègues et de la direction est faible voire inexistant.

*b) Quelques facteurs révélateurs de la satisfaction au travail chez les membres du personnel médical*

Plusieurs auteurs reconnaissent que l'environnement de travail dans lequel s'exerce la pratique professionnelle du personnel médical a un impact sur la satisfaction au travail et sur le roulement parmi les employé(e)s (Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, et al., 2006; Coomber et Barriball, 2007; Murrells, Robinson et Griffiths, 2008). Dans un même ordre d'idées, la satisfaction au travail a été identifiée comme un facteur clé dans le recrutement de nouveaux infirmiers et infirmières et dans la rétention du personnel (Lu, Barriball, Zhang et al., 2012). Effectivement, la problématique entourant la rétention de personnel émerge actuellement comme un enjeu majeur dans le domaine des soins médicaux (Setti et Argentero, 2011). Parallèlement, Unruh et Zhang (2013) ont montré qu'une perception négative de l'environnement de travail est un facteur de prédiction de l'abandon de la profession chez les infirmières et infirmiers ainsi que de l'engagement du soignant à sa profession.

À cet égard, certaines études se sont penchées sur la façon dont l'environnement psychosocial peut avoir une influence sur la relation entre le soignant et le soigné. Plus particulièrement, dans les secteurs hospitaliers psychiatriques, Laker, Rose, Flach, et al., (2012) ont montré que le personnel médical ayant une mauvaise perception de leur pratique auprès de patients ayant des troubles de santé mentale, avait une moins grande satisfaction au travail et présentait des taux plus élevés d'épuisement professionnel.

Finalement, Roche, Duffield et White (2011) ont montré que le soutien des collègues et de la direction, le sentiment de compétence et la reconnaissance au travail agissent comme des facteurs permettant au personnel infirmier d'être plus engagés dans leurs soins auprès de patients psychiatisés.

Il ressort alors que la pratique professionnelle optimale des infirmiers et infirmières se caractérise par certains aspects : l'autonomie, la reconnaissance au travail caractérisée par le sentiment de pouvoir innover, la participation aux changements organisationnels,

la présence d'une culture organisationnelle axée sur le développement professionnel et la collaboration avec la direction, les médecins et les collègues (Lake, 2007). L'étude de Van Bogaert, Kowalski, Weeks et al., (2013) montre ainsi que la relation entre les infirmières et les médecins d'une unité de soins de santé et la méthode de gestion de l'unité de soins jouent directement un rôle dans la liberté décisionnelle des infirmiers et infirmières et indirectement dans le sentiment d'accomplissement du personnel infirmier.

#### 4.2 La spécificité de la pratique médicale en détention : autonomie, indépendance et autorité des professionnels

Peu de chercheurs se sont intéressés à la spécificité de la pratique médicale en détention. Nous en avons toutefois retracé une étude très révélatrice, celle de Milly (2001). Dans cette étude consacrée aux soins dans les prisons françaises, Milly (2001) s'est intéressé aux discours des professionnels de la santé et du personnel pénitentiaire pour comprendre l'exercice médical dans le système des contraintes carcérales. Basée sur la distinction professionnelle entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire, son étude fait le constat que le personnel soignant œuvrant en détention bénéficie d'une large autonomie d'action. L'auteur soutient notamment que cette autonomie des professionnels de la santé qui œuvrent en détention repose sur trois fondements : l'indépendance, l'autorité professionnelle et la valeur sacrale du droit à la santé, telles que reconnues par le personnel pénitentiaire.

Le statut d'indépendance fait référence au fait que depuis 1994, en France, les médecins et les infirmières qui interviennent en milieu carcéral relèvent uniquement du ministère de la Santé et sont spécifiquement affiliés à un centre hospitalier public : *« Ils apparaissent dès lors comme des professionnels réellement extérieurs à l'Administration pénitentiaire et quand ce trait ne leur semble pas assez net, ils n'hésitent pas à le rappeler. »* (Milly, 2001 : 107) L'auteur soutient que ce changement de statut a profondément modifié les conditions d'exercice de la profession médicale en détention.

En contrepartie, cette indépendance est venue exclure le personnel pénitentiaire de toutes tâches sanitaires et paramédicales, notamment la distribution des médicaments.

Un second fondement de l'autonomie élargie des professionnels de la santé en détention réside dans leur autorité professionnelle. Ici, Milly (2001 : 111) fait référence au fait que les décisions médicales sont difficilement contestables par le personnel pénitentiaire puisque « *le médecin et l'infirmier sont reconnus comme les seuls compétents dans leur domaine d'exercice, ils sont comme intouchables.* » Toutefois, cela ne signifie pas que les décisions médicales ne font pas l'objet de mécontentement de la part du personnel surveillant, mais c'est plutôt le non-respect des règles de sécurité ou la sacralité du secret médical qui est critiqué plutôt que la pertinence des décisions.

Selon Milly (2001), cette vision sacrée de la santé permet d'asseoir le troisième fondement de l'autonomie professionnelle des soignants en détention. Le droit à la santé touche à la vie humaine et « *inspire un respect quasi absolu* » (p.112). La mission vitale, c'est-à-dire la nécessité de la présence de professionnels de la santé au sein d'un établissement carcéral et le droit des détenus de recevoir des soins de santé, fait désormais partie d'un large consensus parmi le personnel pénitentiaire.

Toutefois, cette autonomie reconnue des professionnels de la santé est limitée par les contraintes carcérales. Les retards imposés par le personnel pénitentiaire et la « *lenteur carcérale* » font partie des thèmes centraux qui ressortent de l'analyse du discours des professionnels soignants. De plus, la question des transferts peut être source de conflits et de négociations entre le personnel médical et le personnel pénitentiaire (Milly, 2001). Enfin, selon l'auteur, l'autonomie brimée des professionnels de la santé serait le symbole d'une prison encore totale.

Finalement il faut noter qu'une étude de Vacheret et Lafortune (2011) indique qu'en milieu carcéral, les salaires relativement bas, les conditions de travail difficiles et le

manque de reconnaissance lié aux emplois dans le secteur correctionnel rendraient difficile le recrutement d'un personnel spécialisé et compétent.

#### 4.3 La place des soins et du lien relationnel entre les membres du corps médical et les détenus : un préambule

##### *a) La notion de « bienveillance<sup>5</sup> » dans la pratique professionnelle médicale*

Du point de vue de l'éthique professionnelle, on peut affirmer que, de façon générale, les fondements du soin infirmier ou médical reposent sur des valeurs de respect, d'empathie, de compassion, de restauration de la santé et de prévention des maladies (Meleis, 1997). Si le cœur de la profession d'infirmière se trouve dans les soins et le cœur de la profession médicale dans la consultation (Milly, 2001), ces valeurs devraient se manifester, au moins en partie, lors des occasions de soins (Holmes, 2001) ou de consultations.

La qualité du lien relationnel entre l'infirmière et le patient constitue une dimension fondamentale de la pratique professionnelle (Holmes 2001). Selon Watson (1999), la bienveillance serait au centre du « partenariat infirmière-client » et la relation *transpersonnelle* de soin entre le soignant et le soigné est un moyen fondamental de transmission de sentiments humains à travers une relation thérapeutique. Indifféremment des spécialités de la pratique infirmière, la dimension relationnelle entre l'infirmière et le patient demeure (Taylor, 1998). Enfin, Pieranunzi (1997) considère la relation entre une infirmière et un patient comme le cœur de la pratique professionnelle.

À première vue, la philosophie du soin derrière la pratique professionnelle médicale, telle que décrite précédemment, revêt de nombreuses contradictions avec le fonctionnement carcéral (Holmes, 2001). Cette pratique professionnelle complexe implique l'articulation de deux mandats socioprofessionnels *a priori* contradictoires, soit

---

<sup>5</sup> Ici, nous faisons référence au terme « caring » utilisé dans la littérature anglo-saxonne. Nous avons choisi de le traduire librement par le terme « bienveillance ».

punir et soigner (Rostaing, 1997; Holmes, 2001; Lécu, 2013). En effet, l'ambivalence qui caractérise déjà le soin médical, soit d'objectiver le corps malade et de s'adresser à une personne singulière, est majorée par la prison (Lécu, 2013). D'abord, parce que le corps y est aussi contraint par les murs qui l'enferment, mais aussi parce que le médecin (ou l'infirmière) est constamment pris entre deux logiques : la logique carcérale et la logique sanitaire (Lécu, 2013). Toutefois, ce débat longuement soutenu est arrivé, comme le décrivent certains auteurs, à un point stagnant où il n'est plus décrit mais seulement énoncé (Mason et Mercer, 1999; Martin, 2001). On propose alors que peuvent coexister les deux mandats à la fois et qu'ils ne doivent plus être vus comme ayant des intérêts divergents ou opposés (Martin, 2001). Il demeure toutefois que le médecin qui pratique en détention signe un double contrat. D'abord, celui avec l'administration pénitentiaire, puis un contrat médical avec les patients (Real Del Sarte, 1984).

*b) Quelques représentations et attitudes du personnel médical à l'égard des détenus*

À titre d'infirmière, Maeve (1997) a conduit une importante recherche qualitative croisée à de nombreuses séances d'observation dans un établissement pour femmes aux États-Unis. Dans cette étude, elle soutient qu'il est fortement suggéré aux infirmières d'éviter tout contact physique avec les détenues en dehors des actes médicaux. Par exemple, si une détenue pleure ou se sent en détresse, il est demandé aux infirmières d'éviter de poser une main sur leur bras en guise de réconfort. Dans un même ordre d'idées, elle soutient que les nouveaux employés médicaux sont mis en garde sur le fait que l'empathie en détention peut être traître ou que la politesse de la part des détenues peut être vue comme une forme de manipulation.

De plus, les détenues sont souvent décrites aux employés comme des personnes vicieuses, manipulatrices et ayant peu de considération pour autrui (Maeve, 1997). À cet égard, Lhuillier (2000) remarque que les représentations initiales des détenus, tant par le personnel de surveillance que par le personnel soignant, reflète « *une image de dangerosité et de monstruosité.* » (p. 198). Dans son analyse de la relation thérapeutique

en prison, Milly (2001) conclut que certaines normes comportementales sont partagées par la plupart des professionnels de santé : le souci de considérer les détenus comme des patients, la neutralité affective, le respect des impératifs déontologiques et la volonté d'exercer comme en milieu libre. Il note toutefois un écart entre ces dites normes et les comportements effectifs. La méfiance réciproque entre le personnel médical et les détenus est une des explications de cet écart (Milly, 2001). D'une part, parce que les détenus sont perçus comme des personnes qui ne disent pas la vérité et d'autre part, parce que le discours des détenus est teinté du doute à l'égard de la compétence professionnelle des soignants (Milly, 2001). Toutefois, cette méfiance n'est pas facilement avouable parce qu'elle remet en cause un des fondements des professions de santé, soit la neutralité affective (Milly, 2001).

Concernant les formes de politesse, Milly (2001) considère celles provenant des professionnels de la santé comme une véritable « règle du jeu » (p.138) qui doit être comprise au regard de l'univers social et institutionnel que constitue le milieu carcéral. Selon cet auteur, les formes de politesse peuvent être comprises soit comme un moyen de positionnement dans l'opposition entre surveillants et détenus ou encore comme un symbole de la possibilité d'instaurer avec les détenus, une relation différente de celle qui lie les surveillants et les détenus, une relation plus authentique. Il n'en demeure pas moins que les formes de politesse ne sont pas considérées comme des automatismes, mais comme des enjeux importants dans la construction des actions et des représentations des professionnels de la santé (Milly, 2001).

### *c) Le secret professionnel en détention*

Dans le contexte pénitentiaire, la question du secret professionnel – dimension fondamentale de la relation soignant-soigné – soulève des problématiques importantes relativement à la divulgation d'informations avec le personnel pénitentiaire. Lécu (2013) rapporte qu'en 2011, l'Ordre des médecins français a cru nécessaire de rappeler aux administrations pénitentiaires qu'elles sont dans l'obligation de respecter le droit au

secret médical des personnes détenues. De plus, le contrôleur général des lieux de privation de liberté, dans son rapport d'activité de 2011 disait :

*« Compte tenu du fait que des pressions peuvent s'exercer sur les personnels médicaux et soignants afin de fournir des informations sur les personnes détenues, le contrôleur général estime que les limites ainsi posées par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) n'apportent pas les garanties suffisantes à la préservation nécessaire du secret médical. » (p. 210)*

Comme le mentionne plusieurs auteurs (Rostaing, 1997; Milly, 2001; Lécu, 2013), le secret médical est difficile à préserver en milieu carcéral et ce, malgré les précautions qui peuvent être prises : *« Le renseignement peut être obtenu, soit directement auprès de la détenue, soit par une secrétaire médicale qui est souvent une surveillante, soit par des indiscrétions de gradés ou lors de consultation de dossiers médicaux. »* (Rostaing, 1997 : 189). Le refus du personnel médical de transmettre certaines informations sur les détenus est souvent une source de conflits entre le personnel médical et le personnel de surveillance (Rostaing, 1997).

En outre, la compétence de distribution des médicaments peut représenter une autre source de conflits (Real Del Sarte, 1984). Généralement distribuée par le personnel de surveillance, la médication représente souvent *« l'outil magique »* (Real Del Sarte, 1984 : 172) pour obtenir des informations sur l'état physique ou psychique d'un patient, son potentiel de dangerosité et les risques de contagion (Rostaing, 1997). Ainsi, les membres du corps médical peuvent souvent avoir l'impression de travailler contre l'administration pénitentiaire (Rostaing, 1997). En revanche, Milly (2001) parle d'une négligence, voire même d'une connivence des professionnels de la santé qui laisseraient paraître des informations médicales sur les dossiers pénitentiaires ou d'autres documents à caractère pénal et judiciaire. Enfin, Lécu (2013) soutient que le secret professionnel représente une pierre angulaire de la pratique professionnelle des médecins en détention et qu'il s'agit d'un levier important sur lequel ceux-ci peuvent prendre pouvoir.



## 5. PROBLÉMATIQUE

Tel que mis de l'avant par Robert et Frigon (2006), les établissements carcéraux rencontrent deux catégories d'individus qui vivent le rapport à leur santé de façon différente. Pour les premiers, la période d'incarcération peut être vécue comme une période d'arrêt ou de pause temporaire au mode de vie criminel (Chantraine, 2004). De ce point de vue, la période d'enfermement peut souvent être vue comme une opportunité de remise à neuf, surtout en ce qui concerne l'état physique (Rostaing, 1997; Chantraine, 2004; Vacheret et Lemire, 2007). Ainsi, la santé devient centrale dans l'expérience d'incarcération (Chantraine, 2004; Robert et Frigon, 2006) et celle-ci représente une opportunité d'avoir accès à certains soins et services que les condamnés n'iraient pas chercher autrement. Pour les seconds, s'ils se présentent en prison aux prises avec de sérieux problèmes de santé, l'expérience d'enfermement peut créer une hyperconscience d'eux-mêmes, de leur corps et de leur douleur (Meisenhelder, 1985; Welch, 1991; Lécu, 2013). En effet, la période d'incarcération peut donner lieu à d'intenses périodes d'introspection chez les personnes qui en font l'expérience (Welch, 1991). Par exemple, pour les détenus souffrant du SIDA, cette introspection crée une conscience particulière de leur détérioration physique : « *thereby creating a situation in which they gradually and painfully experience their own death.* » (Welch, 1991 : 57).

Dans les deux cas, une attention particulière étant portée à leur santé, la période d'incarcération peut représenter un « moment » d'intervention approprié auprès des détenus en termes de dépistage, d'évaluation, de soins et de traitements. Toutefois, le contexte carcéral diffère drastiquement de celui d'une société libre puisque, par définition, les individus y sont dépourvus de liberté. En outre, le contexte carcéral représente un environnement dangereux où les personnes incarcérées y sont continuellement à risque d'être victimes de violence (Robert, 2004). Ces caractéristiques propres au milieu carcéral ne sont également pas sans conséquence sur les services de soins de santé (Robert, 2004).

En effet, Robert (2004) décrit trois obstacles à l'offre de soins de santé en milieu carcéral. Un premier obstacle se trouve dans l'attitude des professionnels de la santé, plutôt perçue comme suspicieuse et punitive par les détenus, donnant lieu à une plus faible demande de soins, notamment par ceux qui présentent une détresse psychologique. De cette diminution de la demande résulterait une diminution de l'offre de soins. Ensuite, l'attitude négative de ces professionnels liée à la duplication des rôles professionnels, entre soins et discipline, se présente comme un second obstacle à l'offre de soins médicaux en milieu carcéral. Enfin, le troisième obstacle serait lié à la perte du rôle médical au profit du rôle disciplinaire qui vient créer une rupture dans les soins. Ce manque de coordination dans les soins est particulièrement manifeste lors des nombreux transferts des détenus d'un établissement à un autre; la logique disciplinaire dominant sur le soin médical (Robert, 2004).

Si plusieurs éléments ont ainsi été mis en lumière, le nombre limité d'écrits spécifiques à la pratique médicale carcérale nous a ainsi amenée à nous interroger sur les conditions de travail, les pratiques et les représentations des professionnels médicaux dans les unités de soins des établissements de détention.

La prison est un milieu de vie particulier. Étant donné son caractère coercitif, punitif et répressif, l'environnement carcéral doit être pris en considération à travers son lot de contraintes. La population carcérale, telle que décrite à travers la littérature, est aux prises avec un lourd profil de santé mentale et physique, notamment en raison de la présence accrue des maladies infectieuses, du vieillissement de la population carcérale et des problèmes de santé liés au caractère pathogène de la détention. Mis en lumière par l'environnement carcéral dans lequel le personnel médical évolue, nous sommes intéressées à questionner et à analyser la prise en charge médicale de la santé des détenus incarcérés dans les prisons québécoises. Pour ce faire, nous avons choisi l'angle d'analyse des pratiques professionnelles du personnel soignant à partir de leurs attitudes, leurs représentations, leurs points de vue et leurs actes professionnels.

En outre, les courants politiques actuels ont aussi des conséquences sur le traitement de la santé en détention. Si la *nouvelle santé publique* amène les individus à se responsabiliser et à agir comme autorégulateurs de leur santé, les détenus n’y échappent pas non plus (Robert et Frigon, 2006). La multiplication des foyers d’intervention agissant dans la promotion de la santé gagne également les milieux correctionnels et les détenus se voient remettre leur santé entre les mains (Robert et Frigon, 2006). Mais avec quelle liberté de choix? Ultimement, il s’agit de comprendre de quelle façon se coordonnent *gestion du risque* et *nouvelle santé publique* dans les établissements de détention du Québec. À cet égard, le cadre théorique présenté dans le second chapitre nous fournira différents éléments d’analyse.

## **6. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

L’objectif général de cette étude consiste à comprendre et analyser la prise en charge médicale des détenus présentant des problèmes de santé dans les prisons provinciales du Québec. Plus spécifiquement, en analysant les représentations et les points de vue du personnel soignant des établissements de détention visités, nous cherchons à comprendre de quelles façons s’articulent leurs pratiques professionnelles médicales à l’égard des divers problèmes de santé et ce, dans un contexte carcéral. En outre, en tenant compte des diverses représentations et points de vue des professionnels de santé interviewés, nous pourrions approfondir notre compréhension du contexte d’exercice de leur pratique et ainsi saisir l’étendue du mandat qui leur est confié. Enfin, à partir des multiples représentations que le personnel médical se fait des détenus, nous aurons la possibilité d’explorer la relation thérapeutique qui lie les professionnels de la santé à leurs patients détenus.

## **Chapitre II**

### **Contexte de la recherche et démarche méthodologique**

Ce second chapitre se veut d'abord une présentation du cadre conceptuel dans lequel s'inscrit notre objet d'étude. Ainsi, il sera question de deux courants théoriques qui permettent de penser l'approche du système de justice pénale : la *nouvelle santé publique* et la *gestion du risque*. Cette mise en contexte théorique mettra en lumière le sens particulier de la rencontre de ces deux courants idéologiques lorsqu'elle a lieu en milieu carcéral, particulièrement à l'égard de la santé des justiciables. Ce cadre théorique mettra également en place certains fondements nécessaires à la discussion de nos résultats.

Avant tout, ce chapitre présente la démarche méthodologique que nous avons élaborée pour cette recherche. Nous nous attarderons sur certains éléments importants du contexte dans lequel se sont déroulées la collecte de données et la prise de contact avec le milieu à l'étude. Puis, nous discuterons de nos choix méthodologiques relatifs à l'approche qualitative, aux entretiens semi-dirigés ainsi qu'à l'échantillonnage. Ce chapitre sera également l'occasion de dresser un portrait de notre échantillon et de présenter certaines considérations éthiques. Enfin, nous expliquerons nos stratégies analytiques, les biais possibles liés à la conduite des entretiens ainsi que les limites et les contributions de notre recherche.

#### **1. CADRE CONCEPTUEL**

Notre recherche vise à comprendre la prise en charge de la santé des détenus sous l'angle des pratiques professionnelles médicales en détention. Notre analyse s'inscrit à la jonction de deux courants théoriques : la *nouvelle santé publique* et la *gestion du risque*. Cette rencontre idéologique revêt un sens particulier lorsqu'elle prend forme dans un

milieu coercitif comme la prison, milieu qui possède des mécanismes et des contraintes particulières.

## 1.1 Définir la santé publique

Got (2005) définit la santé publique comme l'étude des déterminants physiques, psychosociaux et socioculturels de la santé de la population ainsi que des actions mises en place permettant d'améliorer sa santé. La santé publique est considérée comme une discipline qui s'intéresse à la protection de la santé d'une collectivité et des individus qui en font partie (Sournia, 1991).

De façon plus approfondie, la santé publique s'inscrit dans un débat éthique concernant la juste place à occuper en matière de libertés individuelles et de sécurité du public (Gerlier-Forest, 1999; Harvard Public Health Review, 1999). De ce fait, c'est un domaine d'étude qui, en plus d'être souvent ignoré, peut même soulever de la méfiance de la part de la population (Got, 2005). En fait, comme plusieurs auteurs l'ont écrit, le rôle politique de la santé publique se trouverait à un point d'équilibre entre pluralisme et protection, entre autonomie et entraide (Lupton, 1995 ; Gerlier-Forest, 1999 ; Massé, 2003). Ce juste milieu peut être difficile à atteindre lorsqu'il est question de vaccination de masse, de réglementation et de contrôle de l'environnement ou encore de comportements à risque. Il s'agit alors d'amorcer une réflexion sur la frontière entre les libertés individuelles et l'autoritarisme, ce qui prend un sens tout particulier en milieu carcéral où les libertés individuelles sont par définition fort limitées.

Plus récemment, l'étude de la santé publique s'inscrit dans un contexte où il est davantage question de *nouvelle santé publique* (Lupton, 1995 ; Robert et Frigon, 2006), c'est-à-dire un modèle tentant d'actualiser l'approche communautaire du XIXe siècle, où la santé était traitée comme une problématique collective plutôt que strictement curative et individuelle (Lupton, 1995). Tel que l'expose Lupton (1995), la baisse drastique du

taux de mortalité au cours du XXe siècle dans les pays occidentaux a créé un déplacement de l'attention sur les conditions environnementales reliées à la santé et non plus sur les seules avancées médicales ou chirurgicales. Ce changement de vision permet de comprendre ce que l'on entend par une approche préventive plutôt que curative. Avec l'émergence du concept de la *nouvelle santé publique* et ce, depuis les années 1970, l'accent est davantage mis sur la prévention et la promotion de la santé (Robert et Frigon, 2006).

La *nouvelle santé publique* lutte contre les comportements à risque. Elle va plus loin que la médecine environnementale et ne se suffit pas comme modèle unique : elle coexiste avec la médecine curative. On assiste plutôt à un « renversement hiérarchique » où priment la prise en charge par les individus de leur propre santé et la responsabilisation individuelle tandis que l'approche curative occupe le dernier rang (Robert et Frigon, 2006). En outre, la *nouvelle santé publique* tente de maximiser ses interventions en matière de promotion de la santé, tant au plan individuel que collectif. Ces interventions se font en multipliant les opportunités de responsabiliser les individus comme principaux agents régulateurs de leur propre santé (Robert et Frigon, 2006).

## 1.2 Modèle de gestion des risques

### a) *Émergence de la société du risque*

Au cours de la décennie 1980, peu de temps après la catastrophe de Tchernobyl, Beck (1986) publia un ouvrage marquant, « *La société du risque* », où il soutient la thèse que la logique de répartition des richesses a progressivement laissé la place à une logique de répartition des risques. En ce sens, le « risque » est désormais beaucoup plus qu'une simple menace car il vient dicter la mesure des actions individuelles et collectives : « *Les risques désignent un futur qu'il s'agit d'empêcher d'advenir.* » (p. 61) Ainsi, avec le développement technologique, la question centrale n'est plus la production de richesses, mais bien la production de risques. Pour Beck (1986), cette notion de risque est

employée au sens large et elle peut être à la fois liée à des événements historiques, économiques ou écologiques.

Puis, d'autres auteurs plus contemporains, comme Peretti-Watel (2010 :6), se sont également intéressés à la question et poursuivent : « *Le risque est un danger sans cause, un dommage sans faute, qui pourtant devient prévisible et calculable.* » Selon cet auteur, le succès de cette nouvelle conception du danger est indissociable des développements de la statistique publique et du calcul des probabilités. La naissance de la société assurantielle émerge de cette volonté généralisée de contrôler et de calculer les événements futurs. Selon Peretti-Watel (2010), le domaine d'expertise des sociétés assurantielles témoigne de l'un des paradoxes les plus marquants de cette notion du risque. Si l'on souhaite initialement réduire l'incertitude, le risque semble parfois créer plus de danger dans un monde pourtant de plus en plus « sûr ».

*b) La « société du risque » comme vecteur de transformation du modèle de justice pénale*

Si les années 1980 ont vu naître de nombreux écrits sur l'émergence de la société du risque au sens large, les années 1990 ont connu plusieurs auteurs qui ont déplacé cette attention portée sur le risque à sa spécificité au sein du modèle de justice pénale. Effectivement, depuis maintenant quelques décennies, certains auteurs (Feeley et Simon, 1992 ; 1994 ; Vacheret, Dozois et Lemire, 1998 ; Mary, 2001) considèrent que le système de justice occidentale, et plus particulièrement la justice nord-américaine, est entré dans l'ère d'une nouvelle pénologie axée sur le contrôle et la surveillance des groupes à risque. L'émergence de cette société du risque passe à travers la gestion pénale et entraîne d'importants changements dans la façon d'administrer la pénologie (Feeley et Simon, 1992; 1994; Garland, 2007). Entre autres, cette nouvelle justice pénale se manifeste par une gestion administrative des détenus lors d'évaluations, de calculs du risque et de classification des détenus en fonction de leur profil (Landreville et Trottier, 2001 ; Robert et Frigon, 2006). Par exemple, divers outils statistiques et tests psychométriques sont utilisés dans l'évaluation de la dangerosité. Ceux-ci servent à produire des

indicateurs de risque de délinquance (Mary, 2001) qui permettent de gérer les situations et les groupes considérés à risque (Pratt, 2001). Pour Feeley et Simon (1992 ; 1994), cette justice actuarielle définit effectivement de *nouvelles figures du risque* basées sur des critères d'insécurité : l'ethnie, l'âge, le comportement. Ainsi, la sécurité devient une fin en soi et la justice pénale sert d'instrument de régulation au sein d'un système politique où la réduction des risques est prioritaire, particulièrement à l'égard d'une population considérée comme économiquement et socialement inutile (Mary, 2001).

Toujours selon Feeley et Simon (1992 ; 1994), nous assistons à une ère nouvelle où la punition occupe une place privilégiée dans la justice pénale. Cette nouvelle pénologie, axée sur la gestion du risque calculé de façon actuarielle, relève d'une nouvelle forme de *management* public qui transforme profondément les institutions pénales et judiciaires.

Ainsi, étant donné le risque potentiel que représente la population délinquante, ce changement important dans l'approche de la pénologie est venu prioriser des objectifs visant la protection de la collectivité et la sécurité publique (Feeley et Simon, 1992; 1994; Garland, 2007). Or, ces transformations viennent modifier les modalités d'intervention auprès des justiciables et témoignent d'une nouvelle façon d'aborder les rapports entre les institutions de prise en charge et les populations concernées (Quirion, Jendly et Vacheret, 2012). Enfin, ces transformations laissent place à des objectifs de rationalisation des interventions et de bureaucratisation des pratiques, auprès d'une population jugée « dangereuse » ou « à risque » (Quirion et al., 2012).

### *c) Autonomie et responsabilisation au cœur de la nouvelle justice pénale*

Finalement, et plus récemment, la néolibéralisation de l'État a provoqué une transformation de cette gestion des groupes à risques en considérant davantage le justiciable comme un individu appelé à agir de façon autonome et responsable. Cette responsabilisation est, selon certains auteurs, l'un des enjeux majeurs de l'intervention sociale actuelle (Quirion et al., 2012). La profonde transformation que subissent les



institutions judiciaires et pénales peut alors être décrite comme le passage d'un mode de régulation caractérisé par un régime disciplinaire à un mode d'autorégulation des conduites. Cette caractéristique est également le troisième élément constitutif de la définition de Rose (1996) du néolibéralisme. Effectivement, cet auteur soutient que le néolibéralisme, en tant que technologie de gouvernement, crée une nouvelle version de l'individu à gouverner, c'est-à-dire un sujet entreprenant, autorégulé, rationnel, libre, responsable et capable de minimiser les risques. C'est désormais à travers leur propre liberté plutôt qu'à travers les contraintes imposées par une autorité extérieure que les individus sont gouvernés (Rose, 1996).

L'analyse de Robert et Frigon (2006) montre de quelle façon la logique néolibérale s'insère dans l'expérience générale de la prison. En analysant la mise en application de la *nouvelle santé publique* en détention, ces auteures montrent que cette nouvelle alliance participe à une « *version néolibérale de l'expérience carcérale* » (p.308). Elles suggèrent que c'est dans un contexte de montée du néolibéralisme que la question de la responsabilisation doit se poser.

Plus précisément, les auteures identifient trois façons dont la santé en milieu carcéral contribue à renforcer cette nouvelle gouvernance des institutions carcérales. En premier, puisque les détenus sont typiquement issus de milieux défavorisés et/ou marginalisés, la détention se présente comme une opportunité d'éducation vers des comportements plus sains d'une partie de la population qui est souvent impénétrable (World Health Organization, 1996). En ce sens, Robert et Frigon (2006 : 313) disent que la population captive que sont les détenus : « *provient et retourne dans les franges sociales inaccessibles à la santé publique [...] La prison se constitue comme l'un des relais à distance pour une partie de la population dont la santé est difficilement gouvernable autrement.* » En second lieu, les auteures proposent le constat théorique d'une « *santéisation* » de la gestion actuarielle des détenus au sens où, comme le suggère certains auteurs (Marquart, Brewer et Mullings, 1999), le virage relativement récent du système de justice pénale vers la justice actuarielle et la nouvelle pénologie pourrait aussi inclure le risque

sanitaire dans la prise de décisions en matière de remise en liberté. Effectivement, quelques auteurs élargissent la définition du risque, telle que l'entend la nouvelle pénologie, à la notion de risque sanitaire dans lequel : « *Community health agents and social workers will emerge as control agents to supervise prisoners in the free community with public health risk profiles* » (Marquart et al., 1999 :143). En troisième lieu, Robert et Frigon (2006) soutiennent que la relation de soin, telle qu'elle a lieu en milieu carcéral, est reconfigurée par l'apparition de nouveaux programmes axés sur la santé et par la responsabilisation des détenus à l'égard de leur santé.

### 1.3 Rencontre entre *nouvelle santé publique* et *gestion du risque*

La notion de responsabilisation, comme celle de la gestion du risque, occupe une place fondamentale dans le modèle de la *nouvelle santé publique*. C'est en faisant la promotion de l'autorégulation que ce modèle vise à responsabiliser les individus quant à leur état de santé tout en rationalisant leur prise en charge, la gestion de risques de maladies et la prévention (Robert et Frigon, 2006). Selon Lupton (1995), la multiplication des choix à travers diverses campagnes de santé, telle que le permet la *nouvelle santé publique*, vise à inciter les individus à adopter des comportements de santé et d'autorégulation qu'ils exercent à travers la liberté et non la contrainte. Or, comment peuvent s'exercer responsabilisation et autonomie dans un milieu dont l'essence même est de priver les individus de leur liberté ?

L'émergence de la nouvelle pénologie et de la justice actuarielle concerne donc aussi l'administration des politiques de gestion du risque dans le secteur de la santé publique en milieu carcéral. Au sein de tels modèles, c'est le délinquant qui devient un risque sanitaire qu'il faut gérer à travers les politiques mises sur pied (Robert et Frigon, 2006). Dans le cadre de notre étude, c'est spécifiquement la problématique de la santé des détenus qui se confronte avec la gestion du risque. Il se peut que le risque sanitaire que représentent les détenus, lorsqu'il est question par exemple de maladies infectieuses,

soit géré par les gouvernements actuels comme une problématique de santé publique étant donné la menace posée envers la collectivité. La promotion de la santé en milieu carcéral fait partie intégrante de ce type de politiques.

Dans un ouvrage consacré aux enjeux éthiques en santé publique, Massé (2003 : 31) souligne: « *Dans les sociétés modernes, la maladie n'est plus un simple " état " de santé dont on doit prendre acte et auquel la société doit répondre en offrant les meilleurs soins. Elle est une probabilité, un risque qu'il faut contrer.* » Or, c'est précisément à ce niveau que se rencontrent deux courants de pensées contemporains dans la problématique qui nous intéresse soit d'une part, un mouvement de promotion de la santé en tant que mission collective qui offrent aux citoyens la responsabilité individuelle et la régulation de leur santé et d'autre part, une mainmise étatique qui tente, via la santé, de conserver un certain contrôle sur ses populations. De facto, le personnel médical des institutions carcérales se retrouve au cœur de ces enjeux. Alors, qu'advient-il de cette confrontation dans les établissements de détention et de quelle façon se traduit ce chevauchement d'idéaux ? De quelle façon, cette réflexion théorique se concrétise-t-elle dans la prise en charge médicale des détenus provinciaux ? Nous tenterons de répondre à ces questions dans la discussion de nos résultats de recherche.

## **2. CONTEXTE DE RECHERCHE ET PRISE DE CONTACT AVEC LE MILIEU**

Avant d'aborder en détail la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude, nous avons cru pertinent de brièvement présenter les démarches entreprises pour la réalisation de la collecte de données. Cette mise en contexte permettra de mieux situer la pratique des professionnels rencontrés dans son cadre structurel et organisationnel.

Afin de procéder à la collecte de données, une demande initiale d'accès aux établissements de détention provinciale a été effectuée auprès de la Direction de la recherche des Services correctionnels du Québec. Cette démarche avait pour objectif de

faire approuver le projet et de ce fait, faciliter l'accès aux différents établissements identifiés.

Après plusieurs mois d'attente, suivis de multiples communications et demandes de corrections<sup>6</sup>, la Direction de la recherche des Services correctionnels n'a pas été en mesure d'autoriser notre projet de recherche étant donné que « *la prise en charge médicale des personnes détenues [n'étant] pas [leur] mission première*<sup>7</sup> ». Il nous a alors été suggéré d'adresser notre demande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de qui relève la prise en charge médicale dans les établissements de détention de la province ou encore d'acheminer directement notre demande au personnel médical des établissements sélectionnés : « *Ces derniers seront libres d'accepter ou de refuser de participer à [notre] étude.*<sup>8</sup> »

Devant la difficulté d'avoir accès à une personne responsable à la direction de la recherche au MSSS et afin de minimiser le temps d'attente pour avoir accès aux établissements de détention, nous avons décidé de recruter les participants en communiquant directement avec chacune des unités de soins de santé des établissements ciblés. Cette façon de procéder s'est avérée efficace bien que nous ayons dû composer avec quelques refus. Nous y reviendrons plus loin. Cette procédure de recrutement a dicté, en quelque sorte, le choix des établissements de détention visités.

Enfin, l'accès aux établissements a nécessité des autorisations sécuritaires. Ainsi, pour chaque établissement ayant accepté de participer à notre étude, nous avons dû nous soumettre à une enquête de sécurité les jours précédents les périodes d'entretien.

---

<sup>6</sup> Par exemple, la direction générale des Services correctionnels a demandé à la chercheuse de corriger le projet de recherche en incluant dans la collecte de données les établissements pour femmes. Afin de faciliter l'approbation de notre projet de recherche, nous l'avons modifié en fonction de leurs demandes.

<sup>7</sup> Lettre datée du 17 mars 2011, provenant de la Direction générale des Services correctionnels du Québec, signée par la directrice générale adjointe aux programmes et à la sécurité.

<sup>8</sup> Idem

### 3. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

#### 3.1 Approche qualitative

Le choix d'une méthodologie de recherche en cohérence avec l'objet d'étude est essentiel afin de juger de sa validité. Le regard que les professionnels de la santé portent sur leurs pratiques a été peu étudié à ce jour. Effectivement, peu de recherches se sont penchées sur la prise en charge médicale des détenus sous l'angle des pratiques professionnelles. De ce fait, notre étude se veut exploratoire, descriptive et compréhensive. Ce sont principalement ces ambitions qui ont dicté notre choix d'utiliser une méthodologie qualitative :

*« Une recherche qualitative de nature exploratoire permet de se familiariser avec les gens et leurs préoccupations. Elle peut aussi servir à déterminer les impasses et les blocages susceptibles d'entraver un projet de recherche à grande échelle. Une recherche descriptive posera la question des mécanismes et des acteurs (le comment et le qui des phénomènes) ; par la précision des détails, elle fournira des informations contextuelles qui pourront servir de base à des recherches explicatives plus poussées. Cependant, elle est la plupart du temps complète en elle-même et n'a pas nécessairement besoin d'être poursuivie par d'autres chercheurs au moyen d'autres techniques. »* (Deslauriers et Kérisit, 1997 : 88)

Pour les auteurs Denzin et Lincoln (2005), la recherche qualitative implique également une approche interprétative des phénomènes étudiés dans leur cadre naturel. Le rôle du chercheur est donc d'interpréter ces phénomènes à partir des significations que les individus concernés leur donnent. Anadón (2006) ajoute que le corps de la recherche se situe dans le point de vue et le regard que les acteurs portent sur leurs conduites et leur situation. Son orientation interprétative suggère que c'est la subjectivité dans la compréhension de l'interprétation des conduites humaines et sociales qui doit être mise en valeur : *« En somme, au fondement de la spécificité de la recherche qualitative se trouve une certaine conception de la réalité humaine comme objet de connaissance »* (Anadón et Guillemette, 2007 : 29)

Comme nous nous intéressons principalement à l'articulation des pratiques professionnelles médicales relatives à la santé des détenus, la méthodologie qualitative nous permettra d'analyser avec nuances les représentations, les attitudes et les points de vue des membres du corps médical œuvrant en détention provinciale. Elle facilitera l'approfondissement de certains thèmes liés au contexte d'exercice de la pratique et au mandat confié au personnel soignant. De plus, l'analyse de leur propos nous aidera à mieux saisir les représentations qu'ils se font de la santé des détenus et le regard qu'ils portent sur leurs patients détenus. Comme le dit Groulx (1997 : 64):

*« La démarche qualitative [...] s'est révélée productive dans l'étude des milieux institutionnels, tels que les établissements, ou unités de service, hospitaliers, scolaires ou de services sociaux. L'observation intensive dans ces milieux institutionnels a permis d'étudier et d'approfondir les schémas et les réseaux de communication et d'interaction, entre, par exemple, les bénéficiaires et les professionnels de la santé ou le personnel administratif. »*

En ce sens, notre choix d'une méthodologie qualitative nous permettra de dynamiser les thèmes et les sous-thèmes abordés par les interviewés afin d'approfondir notre compréhension des interactions entre les différents facteurs de prise en charge médicale en milieu carcéral.

### 3.2 Le choix de l'instrument de collecte de données : l'entretien semi-dirigé

Comme le contact avec le terrain est une des caractéristiques fondamentales de la recherche qualitative (Deslauriers et Kérisit, 1997), le choix de l'instrument de collecte de données revêt une importance primordiale. Dans cette section, nous expliquons notre choix théorique, mais également les grands thèmes abordés lors des entretiens que nous avons conduits.

#### *a) Justification théorique*

Dans le cadre d'une méthodologie qualitative, la collecte de données peut se faire à l'aide de différentes techniques, comme l'entretien, l'observation et l'analyse documentaire (Poupart, 1997). Puisque les acteurs sont considérés comme étant les mieux placés pour parler de la façon dont ils vivent une situation (Poupart, 1997), nous avons retenu la conduite d'entretiens afin de connaître l'expérience du personnel médical et éclairer leurs pratiques professionnelles à partir de leurs points de vue, en tenant compte du sens qu'ils donnent à leurs actions.

Nous avons donc privilégié une méthodologie qualitative utilisant des entrevues semi-dirigées compte tenu du propos et du traitement de la problématique, visant une compréhension en profondeur de la réalité professionnelle du personnel soignant en détention. Comme le mentionne Milly (2001 : 239) dans son analyse des professions médicales en milieu carcéral, le fait que celles-ci apparaissent « *comme une constellation d'acteurs* » exprime une conséquence méthodologique importante faisant référence à « *l'impératif d'analyser les groupes professionnels, en s'intéressant aux actions et aux représentations individuelles.* » Enfin, l'entretien semi-dirigé se distingue de l'entretien non dirigé puisqu'il permet au chercheur de relancer l'interviewé sur des sous-thèmes initialement prévus dans la grille d'analyse lorsque ceux-ci ne sont pas abordés spontanément par la personne interviewée (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). Les thèmes abordés et leur chronologie dans l'entrevue peuvent donc varier d'un entretien à l'autre.

#### *b) Consignes, thèmes abordés et déroulement des entretiens*

La méthode de cueillette de données s'inspire de la technique des récits de pratique. Tel qu'explicité précédemment, nous avons privilégié l'entrevue individuelle comme outil de collecte de données et plus spécifiquement, la tenue d'entretiens semi-dirigés. La collecte de données sur le terrain s'est déroulée entre mars 2011 et mai 2012. Tous les entretiens ont eu lieu dans les centres de détention, sauf une entrevue avec un médecin qui s'est

déroulée dans le centre de santé et de services sociaux (CSSS) où pratique ce généraliste en dehors de ses heures de travail en détention. La durée des entretiens varie entre une heure et une heure et demie.

Une première question générale a servi de point de départ à chacune des entrevues réalisées : « *À partir de votre expérience et de votre pratique professionnelle, pourriez-vous me parler des problèmes de santé que l'on retrouve en détention ?* » Cette question de départ nous a permis de mettre les interviewés à l'aise en amorçant l'entretien sur un sujet très concret par rapport à leur pratique professionnelle. Puis, les relances ont été élaborées à partir de différentes thématiques en lien avec nos objectifs de recherche : le regard porté sur leurs rôles, leurs fonctions et leur pratique professionnelle en détention, la place de la promotion de la santé au sein de la pratique professionnelle et l'impact du milieu carcéral sur les problématiques de santé. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces relances ont été utilisées en cohérence avec les propos des personnes rencontrées.

Au terme de chaque entrevue, chaque participant s'est vu remplir une fiche signalétique comprenant des informations sur leur sexe, leur statut professionnel, leur formation ainsi que le nombre d'années d'expérience de travail au sein des milieux correctionnels et/ou au sein du système de santé. Ces données nous ont permis de dresser un portrait de l'échantillon à l'étude.

Concernant la méthodologie de travail, la chercheuse a tenu un journal de bord regroupant l'ensemble de ses notes et réflexions rédigées pendant et après les entretiens. Systématiquement, après chaque entrevue, des notes détaillées ont été prises sur le contexte dans lequel se déroulait l'entrevue, les impressions générales sur le déroulement ainsi qu'une synthèse des principaux thèmes abordés. En plus de l'enregistrement intégral de chacun des entretiens, nous avons également pris des notes



écrites dans un journal de bord pendant les entrevues afin de guider nos relances<sup>9</sup>. Puis, chaque entrevue a été retranscrite sous forme de verbatim complet. Un problème technique étant survenu au cours d'un des enregistrements, le verbatim a pu être remplacé par notre prise de notes pendant l'entrevue. Cet incident a été compensé par le fait que le résumé de l'entrevue a été rédigé tout de suite après l'entretien donc encore frais à la mémoire de la chercheure.

### 3.3 Échantillonnage

L'échantillonnage est une étape importante de la recherche puisque c'est ce qui permet de cibler les personnes que l'on souhaite interviewer (Miles et Huberman, 2003). Comme nous cherchons à explorer et à comprendre la prise en charge médicale des détenus aux prises avec des problèmes de santé à partir de l'angle des pratiques professionnelles du corps médical en détention provinciale, il était essentiel de constituer un échantillon en cohérence avec notre objet d'étude.

#### *a) Justification théorique*

Dans une étude qualitative, un nombre relativement restreint d'individus sont interrogés et ils sont habituellement choisis en fonction de critères non probabilistes (Michelat, 1975). Toutefois, même si le corpus empirique des recherches qualitatives est constitué de façon non probabiliste, il ne convient pas d'utiliser ce critère comme principe directeur dans la classification des échantillons (Pires, 1997). Cette nuance est importante puisqu'elle permet d'introduire une seconde classification plus particulière à la recherche qualitative : l'échantillonnage par cas unique et l'échantillonnage par cas multiples (Pires, 1997). Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé un échantillon par cas multiples sous forme d'entrevues réalisées avec plusieurs individus

---

<sup>9</sup> Nous tenons à rappeler que le pronom personnel « nous », lorsqu'il est employé dans ce mémoire pour désigner la chercheure et l'auteure, s'accorde au féminin singulier, substituant ainsi l'emploi du pronom personnel « je ».

issus de deux professions distinctes mais provenant d'un même groupe : les équipes médicales des détentions provinciales. Comme ces équipes médicales proviennent de six établissements différents, cette méthode d'échantillonnage nous a permis de recueillir une grande diversité de points de vue et de représentations et ce, dans différents milieux de travail ayant des caractéristiques communes, voire semblables. En effet, de façon générale, les unités de soins de santé en milieu carcéral au Québec possèdent la même structure organisationnelle et elles s'articulent selon les mêmes principes, processus et fonctionnements.

#### *b) Principes de diversification*

Selon Pires (1997), deux principes clés permettent d'orienter le chercheur qui élabore une recherche qualitative par cas multiples : le critère de diversification et celui de saturation. Dans cette section, nous présenterons le principe de diversification et les différents critères de composition de notre échantillon.

Comme le mentionne Michelat (1975 : 236) : « *Dans une enquête qualitative, [...] Il est surtout important de choisir des individus les plus divers possible.* » Cette caractéristique est importante puisqu'elle cède la place à la possibilité d'une grande diversité des représentations et d'attitudes à l'égard de l'objet d'étude. Pour ce mémoire, nous considérons que la prise en charge médicale en détention provinciale se fait à deux niveaux : d'une part par les infirmières, et d'autre part, par les médecins. Comme l'a fait Milly (2001), malgré le fait que les médecins et les infirmières, que nous appelons souvent « les professionnels de la santé », ne se réclament pas toujours d'une même profession, nous faisons le choix d'étudier leurs actions et leurs représentations conjointement pour nous permettre d'intégrer la prise en charge médicale telle que mise en œuvre en prison. En effet, pour comprendre l'articulation des pratiques professionnelles médicales liées aux problématiques de santé des détenus, nous avons donc jugé essentiel d'intégrer dans notre échantillon les deux types de professions

(*diversification externe*). L'homogénéité de l'échantillon se situe dans la caractéristique que tous les individus interviewés font partie du corps médical des détentions visitées.

Toutefois, afin d'offrir un panorama le plus complet possible, notre sous-échantillon de médecins inclut des hommes et des femmes représentant des tranches d'âges variés et étant à différents échelons d'ancienneté dans leur pratique professionnelle (*diversification interne*). Chez les infirmières, notre échantillon n'est composé que de femmes mais à notre connaissance, au moment de la collecte de données, aucun homme ne travaillait comme infirmier de jour dans les établissements visités. Ce sous-échantillon présente néanmoins une diversification interne puisqu'il est composé de femmes d'âges différents, se situant à différents échelons d'ancienneté au sein de leur profession et ayant des profils variés de formation (infirmière auxiliaire, infirmière, infirmière clinicienne). Ainsi, à partir de notre échantillon homogénéisé des membres du corps médical des détentions provinciales visitées, nous atteignons une hétérogénéité permettant une étude en profondeur de ce groupe médical particulier (Pires, 1997).

### *c) Choix des centres de détention et recrutement des participants*

Dans le cadre de notre étude, nous souhaitons visiter et rencontrer des équipes médicales issues d'établissements de détention de tailles différentes. Puisque le panorama des centres de détention au Québec comprend de gros établissements (plus de 500 détenus), des établissements moyens (entre 150 et 500 détenus) et de petits établissements (moins de 150 détenus), nous voulions être en mesure de composer un échantillon représentatif de cette distinction.

Afin de conserver l'anonymat des participants à la recherche, le nom des établissements visités n'est pas dévoilé. Effectivement, étant donné le nombre restreint d'employés au sein de certaines équipes médicales rencontrées, les participants pourraient être facilement identifiables. Nous précisons toutefois que deux des établissements visités sont considérés comme de petits établissements, trois établissements de taille moyenne

et un établissement est considéré comme un gros établissement. Tous les établissements visités se situent dans des régions différentes, pour un total de six établissements de détention. Enfin, le choix des centres de détention visités est tributaire de deux refus de participer en invoquant soit le manque d'effectif ou le manque de temps. Au total, le Québec compte 17 centres de détention provinciale en excluant les quartiers cellulaires (MSP, 2013b).

Pour chaque centre de détention sélectionné, une première approche téléphonique a été réalisée avec l'infirmière en chef de l'unité de soins de santé ou, dans quelques cas, avec la direction générale de l'établissement. Ce premier contact avec les équipes médicales a d'abord permis de présenter le projet de recherche, d'identifier une personne en charge du recrutement des personnes à interviewer et de présenter les critères de sélection des participants. Ces derniers se libellent comme suit : être infirmier(e) et travailler dans un centre de détention provinciale à temps plein ou à temps partiel (incluant aussi des personnes avec un statut contractuel); y travailler depuis au moins six mois; démontrer un intérêt à participer à l'étude et/ou être médecin et exercer sa pratique dans un centre de détention provinciale depuis au moins six mois et finalement, démontrer un intérêt à participer à l'étude.

Par la suite, quelques communications avec les établissements ont permis de coordonner le recrutement des participants, de fixer les rendez-vous et d'obtenir les autorisations nécessaires à la visite des établissements. Effectivement, tous les établissements ayant accepté de participer à la recherche ont d'emblée proposé à la chercheuse d'effectuer les entretiens au sein des établissements afin d'avoir l'opportunité de visiter les lieux. Ainsi, ces visites des lieux de détention, et particulièrement des unités de soins de santé, nous ont permis d'observer l'environnement dans lequel s'exercent les pratiques médicales et de mettre en contexte certains propos des personnes interviewés, enrichissant ainsi l'analyse du discours des participants.

### 3.4 Portrait de l'échantillon

Notre échantillon est composé de membres d'équipes médicales issus de six établissements de détention provinciale du Québec, dont cinq établissements pour hommes et un établissement pour femmes. Ces établissements reçoivent des détenu(e)s ayant été condamné(e)s pour une peine maximale de deux ans moins un jour<sup>10</sup>. Au sein de ces six établissements, on retrouve des détenus en détention préventive et des détenus purgeant leur condamnation. Au total, 14 professionnels de la santé ont été interviewés, dont neuf infirmières et cinq médecins.

Plus précisément, notre échantillon « personnel infirmier » compte neuf femmes infirmières âgées entre 39 et 61 ans. Ces professionnelles de la santé cumulent des expériences diverses en termes d'ancienneté, de trajectoire professionnelle et de formation en soins infirmiers. D'ailleurs, lorsque cela est pertinent, notre analyse rendra compte des particularités socioprofessionnelles de notre échantillon. Le tableau 1 synthétise les données sociodémographiques qui caractérisent ces participantes.

Quatre des infirmières rencontrées ont un diplôme d'études collégiales (D.E.C.) et quatre autres ont obtenu un baccalauréat en sciences infirmières (infirmière clinicienne). Une seule des participantes est infirmière auxiliaire et détient un diplôme d'études professionnelles (D.E.P.). Le nombre d'années d'expérience professionnelle en milieu carcéral varie considérablement d'une infirmière à l'autre, allant de trois à 27 ans. Le nombre d'années d'expérience professionnelle au sein du système de santé est de 14 à 38 ans. Ici, nous comprenons que les infirmières interviewées sont des professionnelles de la santé avec un nombre considérable d'années d'expérience de la pratique infirmière derrière elles mais n'ayant pas nécessairement fait carrière en milieu carcéral.

---

<sup>10</sup> Il faut noter ces établissements réservent quelques places pour des condamnés à de plus longues peines.

Aussi, deux des infirmières rencontrées travaillent uniquement avec des patientes détenues, c'est-à-dire strictement dans un établissement de détention pour femmes. Deux autres infirmières travaillent avec une clientèle mixte mais majoritairement avec des hommes. Les cinq autres infirmières rencontrées travaillent quasi-uniquement avec des détenus hommes mais les établissements de détention pour lesquels elles travaillent, ayant des lits réservés à cet effet, peuvent, à l'occasion et temporairement, accueillir deux ou trois femmes. Aux dires de ces participantes, ces occasions surviennent mais demeurent exceptionnelles.

**Tableau 1. Profil des infirmières participantes**

<b>Infirmières participantes (noms fictifs)</b>	<b>Âge</b>	<b>Centre de détention d'attache</b>	<b>Formation académique</b>	<b>Nombre d'années d'expérience en milieu carcéral</b>	<b>Nombre d'années d'expérience de la pratique infirmière</b>
<b>Hélène</b>	60 ans	Petit	DEC (infirmière)	3 ans	35 ans
<b>Sarah</b>	39 ans	Petit	BAC (clinicienne)	9 ans	14 ans
<b>Ariane</b>	39 ans	Moyen	DEC (infirmière)	3 ans	18 ans
<b>Michèle</b>	61 ans	Moyen	BAC (clinicienne)	14 ans	38 ans
<b>Mathilde</b>	42 ans	Petit	DEC (infirmière)	6 ans	17 ans
<b>Dominique</b>	53 ans	Gros	DEP (auxiliaire)	4 ans	25 ans
<b>Lucie</b>	52 ans	Gros	DEC (infirmière)	27 ans	32 ans
<b>Élise</b>	47 ans	Moyen	BAC (clinicienne)	7 ans	25 ans
<b>Cécile</b>	51 ans	Moyen	BAC (clinicienne)	8 ans	25 ans

En fonction des établissements de détention, le personnel infirmier est soit embauché directement par l'établissement de détention ou encore par le CSSS associé. Le seul gros établissement de détention visité fonctionne avec un personnel infirmier ayant un double statut : celui d'infirmière et celui d'agente correctionnelle. D'autres établissements provinciaux fonctionnent de cette façon au Québec, mais il nous a été

possible de rencontrer le personnel infirmier que d'un seul de ces établissements. Ainsi, deux infirmières de notre échantillon possèdent cette caractéristique. Tous les autres établissements visités ont à leur emploi des infirmières qui dépendent du CSSS de leur région ou de leur arrondissement.

Notre échantillon « personnel médecin » est composé de cinq médecins âgés entre 27 et 59 ans. Deux d'entre eux sont des hommes âgés de 29 et 59 ans et trois sont des femmes âgées entre 27 et 56 ans. Tous les médecins interviewés ont une formation doctorale en médecine familiale (médecin généraliste). Le tableau 2 synthétise les données sociodémographiques caractérisant ces participants. Seul un des médecins interviewés mentionne avoir fait une spécialité en toxicomanie et en psychiatrie, en plus de son doctorat en médecine familiale. Mis à part ce généraliste, aucun des professionnels rencontrés ne possède de formation spécifique en santé mentale ou en toxicomanie.

**Tableau 2. Profil des médecins généralistes participants**

<b>Médecins généralistes participants (noms fictifs)</b>	<b>Âge</b>	<b>Centre de détention d'attache</b>	<b>Nombre d'années d'expérience en milieu carcéral</b>	<b>Nombre d'années d'expérience de la pratique médicale</b>
<b>Pascale</b>	55 ans	Petit	15 ans	30 ans
<b>James</b>	29 ans	Moyen	1 an	1 an
<b>Sophie</b>	27 ans	Moyen	1 an	1 an
<b>Marthe</b>	56 ans	Petit	23 ans	30 ans
<b>Pierre</b>	59 ans	Moyen	15 ans	31 ans

Chez les médecins interviewés, l'ancienneté en milieu carcéral est également très variable, allant d'un à 23 ans. Le nombre d'années de la pratique médicale varie aussi considérablement allant d'un à 32 ans. Sauf pour les deux jeunes médecins rencontrés, les généralistes établissent leur pratique en milieu carcéral depuis au moins 15 ans. En outre, les médecins sont considérés comme des travailleurs autonomes, mais pour la plupart, ils exercent aussi leur pratique en CSSS, à l'hôpital ou en clinique médicale. Un des médecins rencontrés exerce aussi dans un pénitencier fédéral. Parmi les cinq médecins participants, deux travaillent uniquement avec une clientèle carcérale

féminine. Les trois autres médecins travaillent quasi-uniquement avec des détenus de sexe masculin, mais leurs établissements, ayant des lits réservés à cet effet, peuvent, à l'occasion et temporairement, accueillir deux ou trois femmes. Aux dires de ces participants, ces occasions surviennent mais demeurent exceptionnelles.

Pour clore cette section, soulignons que tous les participants ont démontré un intérêt marqué pour la recherche et ils se sont montrés très disponibles malgré leur emploi du temps chargé et le peu de membres du personnel disponibles dans chaque équipe de travail. Plusieurs personnes ont manifesté un intérêt à consulter ce mémoire ou à avoir accès aux résultats de la recherche une fois cette dernière terminée.

### 3.5 Consentement et confidentialité

Avant de procéder à chacune des entrevues, les participants ont été invités à lire et à signer le formulaire de consentement qui se trouve en annexe. Afin d'assurer la confidentialité des participants, les renseignements fournis lors des entrevues ont été immédiatement anonymisées et aucune correspondance n'est possible entre les enregistrements et l'identité des participants à l'étude. Chacun s'est vu attribuer un numéro et un nom fictif dont seules la chercheuse principale et sa directrice de recherche possèdent la liste.

La confidentialité du contenu des entrevues enregistrées a été garantie aux participants tout comme l'identité des personnes interviewées a été préservée. Comme nous l'avons expliqué, les noms des six établissements visités sont également gardés confidentiels puisque certaines équipes médicales ont un personnel tellement restreint qu'il serait possible d'identifier des participants. Enfin, un exemplaire du formulaire de consentement signé a été remis à chacun des participants. Sur ce document se trouvaient les coordonnées des personnes ressources (chercheuse principale et directrice de recherche) à contacter en cas de désistement ou de questions relatives à la participation à la recherche. Au-delà de ces éléments, la recherche a été approuvée et suivie par le



comité d'éthique de la recherche de la Faculté des arts et des sciences de l'Université de Montréal (CÉRFAS).

#### **4. STRATÉGIES ANALYTIQUES**

Avant de commencer l'analyse des données, rappelons que les entrevues ont été retranscrites intégralement sous forme de verbatim, ce qui fait que les analyses ont été réalisées à partir des propos et du vocabulaire exacts de nos participants.

L'analyse des données a été réalisée en plusieurs étapes. D'abord, nous avons eu recours à l'analyse thématique et schématique. Ce type d'analyse est couramment utilisé pour traiter des comptes-rendus d'entrevues semi-directifs, plus particulièrement pour mettre en évidence la perception des locuteurs (Quivy et Van Campenhoudt, 2006). Ainsi, une première lecture des entrevues a été faite en notant en marge les mots-clés et les thèmes dominants. Puis, nous avons poursuivi la thématisation de façon plus poussée en mettant à plat, de façon schématique, les thèmes et les sous-thèmes à partir d'un centre vers les périphéries. Des liens entre les idées ont également été identifiés. L'analyse verticale des données a été complétée par la rédaction de résumés d'analyse par thème.

Par la suite, nous avons procédé à l'analyse horizontale des données en comparant les résumés thématiques entre eux. À partir de chaque thème et sous-thème, nous avons recherché les congruences et les divergences des propos entre nos différents participants. Lorsque pertinentes, les différences de discours ont été enrichies par certaines caractéristiques socioprofessionnelles provenant de la diversification de nos participants. Par exemple, le fait de pratiquer la profession dans un petit ou un gros établissement peut contribuer à la divergence des discours.

Enfin, l'analyse des entretiens s'est effectuée principalement en termes de représentations, d'attitudes et de points de vue en regard des quatre grands axes

thématiques abordés au cours des entretiens. Il s'agissait de comprendre l'articulation des pratiques professionnelles de façon individuelle au sein d'une même profession, puis dans un contexte plus global de gestion, d'administration et de politiques de santé.

## **5. IDENTIFICATION DE BIAIS DANS LA CONDUITE D'ENTRETIENS QUALITATIFS**

Poupart (1997) schématise trois types de biais possibles dans la tenue d'un entretien qualitatif : les biais liés au dispositif d'enquête, les biais associés à la relation entre l'intervieweur et l'interviewé et enfin, les biais rattachés au contexte de l'enquête. Dans cette section, nous décrirons brièvement quels peuvent être ces différents biais et de quelle façon nous les prenons en considération dans le cadre de notre collecte de données.

### **5.1 Biais liés au dispositif d'enquête**

Les biais liés au dispositif d'enquête font référence à ce que Poupart (1997) appelle les éléments de mise en scène de l'entretien, c'est-à-dire le contenu et la forme des questions posées, les techniques d'enregistrement (prise de notes, micro pour magnétophone, etc.) ainsi que les circonstances de temps et de lieu dans lesquelles ont lieu les entretiens. Ces éléments sont jugés indispensables pour mettre l'interviewé à l'aise (Poupart, 1997). En outre, il est alors suggéré « *de réaliser l'entrevue au domicile de l'interviewé, à son lieu de travail ou dans les endroits semi-publics, de façon à dépayser le moins possible ce dernier par rapport à ses habitudes [...]* » (Poupart, 1997 : 189). En somme, ces divers éléments doivent être maximisés pour permettre à l'interviewé de bien s'exprimer et de gêner le moins possible le déroulement de l'entretien (Poupart, 1997).

Pour les besoins de notre recherche, il semblait plus approprié de rencontrer les participants sur leur lieu de travail, puisqu'il s'agit de l'environnement dans lequel prend

place notre objet d'étude. De plus, cette façon de faire nous a permis également d'observer les lieux et l'environnement dans lesquels s'exerce la prise en charge médicale. Ainsi, les entretiens que nous avons réalisés, à l'exception d'un seul, ont eu lieu dans les établissements de détention, sur le lieu de travail des professionnels rencontrés. Un des entretiens s'est déroulé sur le lieu de travail d'un médecin en dehors de ses heures en détention, c'est-à-dire dans les locaux du CSSS de la région. Toutefois, nous avons visité l'établissement d'attache de ce médecin lors des entrevues réalisées avec les infirmières de ce même établissement.

Certaines contraintes sont tout de même associées au fait de réaliser des entretiens sur le lieu de travail de professionnels dont l'horaire est très chargé. Nous savions au départ que la plupart des interviewés, et en particulier les infirmières, acceptaient de nous rencontrer sur leur heure de pause, souvent sur l'heure du dîner. Pour les médecins, les heures de travail en détention sont également fort occupées étant donné le temps relativement restreint qu'ils peuvent y consacrer par semaine. Nous savions donc à l'avance que le temps d'entretien pouvait être restreint et l'entretien interrompu.

Les interviewés nous ont également suggéré des lieux d'entretiens au calme, en avertissant leurs collègues qu'une entrevue allait s'y dérouler. Dans certaines entrevues, le contexte ne permettait pas aux professionnels de s'isoler complètement de leurs fonctions. Dans ces cas, nous savions que le téléphone ou l'appel à l'émetteur-récepteur pourraient interrompre l'entretien. Toutefois, les interviewés étaient avisés que cela ne représentait pas un problème, que l'enregistrement serait interrompu et que l'entretien pourrait reprendre après l'interruption.

## 5.2 Biais associés à la relation intervieweur/interviewé

Concernant les biais pouvant être attribuables à la relation entre l'intervieweur et l'interviewé, ils font référence aux interventions verbales et non verbales de

l'intervieweur ainsi qu'à des caractéristiques sociales (sexe, âge, ethnicité, classe sociale), langage et apparence physique (Poupart, 1997).

Ces caractéristiques étant susceptibles d'influencer l'interviewé dans son discours, nous avons priorisé une méthodologie qualitative utilisant des entretiens semi-dirigés nous permettant de minimiser l'impact de ces caractéristiques. Lorsque des relances étaient nécessaires, nous avons priorisé la reformulation ou le retour sur des sujets déjà mentionnés par l'interviewé. Nous croyons que ces techniques nous ont permis d'intervenir le moins possible dans les propos de nos participants.

Enfin, nous croyons que le statut de chercheure en criminologie de l'intervieweuse a permis de mettre les participants à l'aise puisqu'issue d'un autre domaine professionnel. Ainsi, il ne pouvait s'agir de porter un jugement sur les pratiques professionnelles discutées. Toutefois, il est arrivé à deux reprises avant d'entamer les entretiens, que nous ayons dû clarifier, avant de commencer l'entrevue, à quel titre se déroulait l'entrevue et quels étaient les objectifs de la recherche. Malgré le fait que des documents relatifs à la recherche avaient été envoyés au préalable à chacune des équipes médicales, deux infirmières ont cru qu'elles s'adressaient à une étudiante en soins infirmiers, curieuse d'en apprendre davantage sur le métier en détention. Enfin, trois des établissements nous ont invitée à partager le dîner avant les entretiens. Ces moments ont favorisé les échanges avec les participants et clarifié le contexte de la recherche de façon informelle. Ces moments ont également encouragé une discussion ouverte sur l'objet d'étude contribuant ainsi à mettre les participants à l'aise dans leur discours. À quelques reprises, nous nous sommes appuyée sur ces discussions informelles pour relancer les interviewés lors des entrevues.

### 5.3 Biais rattachés au contexte de l'enquête

Le dernier type de biais est lié au contexte de la recherche et à son impact potentiel tant sur le discours de l'interviewé que sur celui de l'intervieweur (Poupart, 1997). Pour les

interviewés, ceci renvoie à la perception que les enjeux associés à la recherche peuvent avoir une influence sur ce qu'ils décident de dire ou non (Poupart, 1997). Dans cette recherche, nous souhaitons comprendre la façon dont s'articule la prise en charge médicale des détenus aux prises avec des problèmes de santé, du point de vue des pratiques professionnelles.

Nous ne pouvons pas rejeter d'emblée l'hypothèse que les pratiques professionnelles, du point de vue des membres du corps médical, aient pu être modifiées. Dans une minorité d'entretiens, nous avons senti un désir de dénonciation de certaines pratiques, telles que les politiques organisationnelles ou la coordination de services, comme si l'issue de cette recherche avait pour but de dénoncer certaines façons de faire, alors que là n'est pas l'objectif. Comme le mentionne Poupart (1997), la stratégie d'argumentation de l'interviewé peut être construite en fonction de l'intervieweur mais aussi en fonction de tierces personnes réelles ou imaginées. Ainsi, des personnes interviewées peuvent dénoncer certaines pratiques dans l'espoir d'être entendues à travers la recherche (Poupart, 1997). C'est un élément que nous avons pris en considération dans l'analyse du discours et qui a nourri également notre réflexion sur le fonctionnement de la prise en charge médicale des détenus provinciaux.

Enfin, la prison demeure un milieu de recherche délicat. Il est possible que certains établissements aient eu des réticences à participer à la recherche par crainte de représailles ou de dénonciation de quelconques pratiques. De fait, certaines directions d'établissements ont tenu à clarifier les objectifs de recherche auprès de la chercheuse. Comme le soutient Rostaing (1997), la prison, en tant que lieu de souffrances et de revendications, demeure un lieu de recherche délicat dont le cadre doit être bien balisé.

Nous avons précisé que l'objectif de cette recherche n'était pas de faire une évaluation des pratiques professionnelles des infirmières et des médecins qui travaillent en détention mais plutôt de comprendre son articulation au sein d'un milieu institutionnel

particulier. En ce sens, l'appartenance de la chercheuse au domaine de la criminologie permettait, en partie, de clarifier cette problématique.

## **6. LIMITES ET CONTRIBUTION DE LA RECHERCHE**

### **6.1 Critères de scientificité de l'étude et limites associées**

Laperrière (1997) considère la validité externe comme un critère de scientificité en recherche qualitative. Celle-ci fait référence au degré de généralisation des résultats. Dans le cadre de notre étude, nous utiliserons cette notion de généralisation ou de transférabilité avec prudence, mais il convient de mentionner qu'une attention particulière a été portée à la validité externe et ce, à plusieurs égards.

Si Pires (1997) présente le principe de saturation comme un critère clé de l'échantillonnage au même titre que le principe de diversification, il explique néanmoins une distinction importante. En effet, la saturation serait moins un critère de constitution d'un échantillon qu'un critère d'évaluation méthodologique (Pires, 1997). D'un point de vue opérationnel, la saturation empirique permet d'indiquer au chercheur le moment où la collecte de données peut être achevée ; et d'un point de vue méthodologique, elle permet de généraliser les résultats à l'ensemble du groupe analysé (Pires, 1997). Ainsi, la saturation empirique est intimement liée à la validité externe d'une étude, c'est-à-dire au degré de généralisation d'une recherche. Dans le cadre de notre étude, nous avons porté une attention particulière au principe de saturation empirique et nous avons cessé la collecte de données au moment où les derniers entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux. Toutefois, la limite posée par le nombre restreint de médecins rencontrés nous a incitée à la prudence quant à la généralisation des résultats à l'ensemble des équipes médicales des détentions provinciales.

De plus, le choix initial des établissements que nous souhaitions visiter a influencé notre échantillon des membres d'équipes médicales provenant d'établissements de tailles

différentes. Ainsi, nous croyons que ces équipes médicales sont représentatives du spectre relativement large des établissements de détention du Québec. Aussi, dans chacun des sous-groupes, nous avons une diversité d'interlocuteurs ayant des profils différents d'âge, de sexe, d'expériences professionnelles et de formations.

En contrepartie, la diversité des professionnels interviewés se pose aussi comme une limite de notre étude puisqu'elle a entraîné une certaine restriction dans le nombre de participants inclus dans chacun des groupes. Ainsi, presque deux fois plus d'infirmières ont été rencontrées que de médecins. Cette limite est en partie attribuable au nombre restreint de médecins visitant les établissements de détention ciblés. Nous devons en tenir compte dans la généralisation des propos des médecins.

Enfin, comme nous l'avons expliqué, le recrutement des participants a posé quelques obstacles qui nous ont obligée à composer avec certaines contraintes et limites. Deux établissements, un gros et un moyen, étaient initialement visés par notre projet de recherche mais leur refus de participer nous a obligée à inclure deux autres centres de détention de taille moyenne. Notre échantillon restreint et diversifié nous incitera à dresser les tendances générales des discours de nos participants et nous limitera dans l'explication socioprofessionnelle des nuances relevées dans leurs propos. Ainsi, de façon générale, nous demeurerons prudente dans la transférabilité de nos résultats.

## 6.2 Contribution et intérêt de la recherche

Notre méthodologie offre des avantages dont celui d'aborder plus en profondeur certains thèmes et d'avoir une plus grande flexibilité dans le déroulement des entretiens semi-dirigés. De plus, notre méthodologie nous permet plus facilement d'inscrire l'objet d'étude dans un débat éthique et théorique en questionnant et en tentant de comprendre les motivations et les attitudes sous-jacentes à certains propos.

Cette recherche permet également une analyse poussée des divers fonctionnements et articulations du système de santé en milieu carcéral. Elle met en lumière les facteurs liés à la prise en charge médicale au sein d'un milieu carcéral, milieu qui possède ses propres caractéristiques et qui présente des besoins particuliers.

Ultimement, nous intéresser à la prise en charge médicale permet d'acquérir une meilleure compréhension du contexte éthique dans lequel s'inscrit notre problématique, c'est-à-dire de comprendre finalement dans quelle mesure les soins de santé offerts en détention s'insèrent dans des perspectives de contrôle, de gestion du risque sanitaire, de santé publique et de considérations pour les droits et libertés individuels. En analysant de façon approfondie les divers fonctionnements et articulations des pratiques professionnelles en milieu carcéral, nous souhaitons contribuer à l'avancement des politiques permettant une intervention rationnelle auprès de cette population spécifique.

## **7. CONCLUSION**

Cette recherche s'inscrit à la jonction de deux courants idéologiques. D'une part, depuis les années 1990, le système de justice canadien est décrit comme un modèle de justice axé sur une gestion actuarielle des justiciables et du risque qu'ils représentent pour la collectivité. D'autre part, les politiques néolibérales récentes et le courant de la *nouvelle santé publique* priorisent l'autorégulation des individus à l'égard de leur santé. En milieu carcéral, cette rencontre théorique soulève des questionnements importants en matière de responsabilisation dans un environnement connu comme contrôlant et coercitif.

Notre étude s'intéresse à la prise en charge médicale des détenus sous l'angle des pratiques professionnelles. Afin d'approfondir la compréhension de notre objet d'étude, nous avons fait appel à une méthodologie qualitative comprenant 14 entretiens semi-dirigés auprès de médecins et d'infirmières œuvrant dans six établissements de détention provinciale. Les analyses thématiques et schématiques de leur discours nous permettront de mettre en lumière les divers facteurs de prise en charge et l'articulation



des pratiques professionnelles au sein d'un milieu institutionnel particulier. Le prochain chapitre se concentre sur la présentation de ces résultats.

## **Chapitre III**

### **Organisation des pratiques professionnelles médicales en détention provinciale**

Ce chapitre présente l'analyse des entretiens semi-dirigés que nous avons menés auprès des infirmières et des médecins œuvrant dans les six établissements de détention du Québec retenus dans le cadre de cette étude. Ces entrevues visent à comprendre l'organisation de la prise en charge de la santé des détenus provinciaux sous l'angle des pratiques professionnelles médicales. Plus spécifiquement, nous tentons de mieux saisir les représentations et les points de vue du personnel soignant non seulement à l'égard de leur rôle et leurs fonctions professionnelles mais également à l'égard de leurs patients détenus.

Les analyses nous ont permis de décortiquer les pratiques professionnelles médicales ayant cours en détention provinciale sous trois grandes dimensions. D'abord, les pratiques professionnelles sont présentées au sein du contexte particulier dans lequel elles s'exercent. Nous mettons en lumière la spécificité du milieu carcéral en regard du statut professionnel des infirmières et de leur autonomie d'action. Nous abordons également certaines particularités et contraintes du milieu carcéral ayant une influence sur la façon dont les membres du personnel soignant voient leur profession. Ensuite, nous présentons les divers aspects du mandat confié aux membres du personnel médical des centres de détentions visités en débutant par les fonctions de soins. D'ores et déjà, nous constatons que ce premier mandat est éclaté et que les rôles professionnels en détention tendent vers deux autres missions parallèles qui semblent, à première vue, s'opposer : la relation d'aide et la surveillance des détenus. Ressortent également de notre analyse les fonctions associées à la prévention, l'éducation et l'enseignement. En terminant, nous exposons diverses situations où le patient détenu et les stratégies d'intervention du personnel soignant sont mis en exergue. Bien que le non-jugement du personnel médical envers le détenu fasse partie du code d'éthique, nous constatons une

certaine dichotomie dans leurs perceptions, soit le détenu perçu comme un risque et le détenu perçu comme un individu à protéger.

## **1. LE CONTEXTE D'EXERCICE DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU PERSONNEL MÉDICAL EN DÉTENTION PROVINCIALE**

### **1.1 Le regard du personnel médical sur la spécificité de la pratique en milieu carcéral**

Pour mieux comprendre la prise en charge médicale des détenus provinciaux au Québec, nous avons exploré avec les participants le fonctionnement global des unités de soins. Cette partie des entretiens nous permet de mieux comprendre le travail médical, les procédures ainsi que les actes médicaux posés de façon quotidienne. De plus, cette connaissance du milieu de travail permet de faire ressortir le statut professionnel des professions médicales en détention ainsi que l'autonomie d'action élargie des infirmières. Ces deux éléments font partie de la spécificité des pratiques professionnelles médicales en détention.

#### *a) Le statut professionnel des intervenants médicaux*

Une caractéristique fondamentale à prendre en considération dans l'analyse des pratiques professionnelles est celle du statut professionnel des intervenants médicaux. En effet, les participants rencontrés soutiennent que le port d'attache des praticiens a un impact réel sur leur vision de leur pratique. D'abord, tous les médecins rencontrés exercent une pratique régulière en hôpital ou en clinique. Puis, la majorité des infirmières rencontrées relèvent du centre de santé et de services sociaux (CSSS) de leur localité. Ainsi, leur mandat relève directement du ministère de la Santé et des Services sociaux ce qui, à leurs yeux, les distingue complètement du ministère de la Sécurité publique.

*C'est un peu ici, comme si on était une clinique de l'autre côté de la rue. Parce qu'on ne travaille pas pour le ministère de la Sécurité publique. [...] c'est comme si les 350 gars, à tour de rôle [...] viennent consulter de l'autre côté de la rue, mais on est à l'intérieur.*

*(Cécile, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Comme en parle Milly (2001) cette spécificité de la pratique médicale carcérale soutient le statut d'indépendance du personnel soignant en établissement. Toutefois, pour certaines des participantes rencontrées, leur mandat de soignante d'un CSSS peut, à l'occasion, entrer en conflit avec le mandat des agents correctionnels du ministère de la Sécurité publique, notamment en ce qui concerne le secret professionnel. Cette problématique est relevée par plusieurs auteurs, dont Rostaing (1997), qui en parle comme une source de conflits récurrente entre le personnel soignant et le personnel de surveillance.

*Puis nous, le personnel ici, on est des employés du CSSS, on est un type de service qui est au CSSS, on a un code d'éthique, on a une pratique, notre licence à payer et tout ça. [...] Ici, le dossier, c'est un dossier médical qui appartient au CSSS, ça fait que c'est le secret professionnel. Les agents ne peuvent pas, ils n'ont pas accès. On a mis des barrures sur les dossiers. On a limité l'accès au service de santé par la demie porte.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Cette confrontation dans les mandats est accentuée par le fait que dans certains établissements, notamment ceux avec un plus grand bassin de population carcérale, les infirmières vont relever directement du ministère de la Sécurité publique. Deux des infirmières rencontrées ont ce statut. Dans ces cas, la pratique professionnelle des infirmières n'englobe plus uniquement la relation de soins ou la relation d'aide mais intègre de façon plus consciente les notions de sécurité, de protection ou de surveillance. L'employée est à la fois infirmière et agente correctionnelle; elle porte l'uniforme des services correctionnels au quotidien.

*Le fait d'être agent nous permet aussi d'avoir appris des techniques de défense [...] Si je n'étais pas agente, je ne pourrais pas rester puis garder*

*la console. OK ? Puis faire la surveillance. En étant agent, bien là, on peut le faire. Comme au niveau des interventions et tout ça. Avoir les clés, le talkie, répondre sur les ondes, tout ça, permet de circuler à l'intérieur de la prison; aussi, de connaître les aires et de savoir aussi en même temps, le travail des autres agents.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

La question du statut professionnel des médecins en rapport avec l'administration des centres de détention se pose différemment lorsqu'elle est évoquée par les médecins rencontrés. Pour certains d'entre eux, le fait que leur pratique professionnelle et leur vision de la santé des détenus s'insèrent dans une direction différente de la vision préconisée par la direction de l'établissement de détention est problématique.

*Ce n'est pas dans leur mentalité, ni dans leur vocation, ni dans leur...je dirais, dans leur vision de s'occuper des [...] soins de santé. Donc, pour les soins de santé, si tu veux, on est vus comme un poids. On coûte chers ; on est encombrants. En même temps, on est indispensables. [...] Ils sont bien contents qu'on soit là. Parce que s'il n'y avait pas de services de santé, les prisons fermentaient. Ils seraient toujours rendus à l'urgence.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

En outre, il peut arriver qu'une décision médicale urgente nécessite une négociation entre le personnel médical et le personnel de surveillance, tant chez les infirmières que chez les médecins. Pour Milly (2001), le statut d'indépendance des praticiens permet d'asseoir leur argumentaire auprès du personnel pénitentiaire lors d'une prise de décision médicale entrant en conflit avec la logique carcérale.

#### *b) L'autonomie dans la pratique des infirmières*

L'autonomie, l'initiative et la liberté dans l'exercice de la profession d'infirmière sont des éléments soulevés par l'ensemble des participantes. Les infirmières voient ces éléments comme des avantages de leur pratique en détention tandis que les médecins en parlent plutôt comme un milieu favorisant la délégation d'une partie des soins de santé offerts aux détenus.

Du point de vue des infirmières, l'autonomie dans leur pratique entraîne une plus grande part de responsabilité dans la prise de décisions et dans l'exercice des soins au quotidien. Cette autonomie est souvent conditionnelle à une pratique polyvalente et à une riche expérience de la profession d'infirmière.

*C'est quand il nous arrive quelque chose, c'est de prendre la décision : « Est-ce qu'on les envoie à l'urgence ou si on les garde? Et si on les garde, comment est-ce qu'on s'organise avec ça ? » [...] Il faut que tu penses vite, que tu agisses vite. Il faut que tu saches [...]. Si tu as de l'expérience, tu vas décoder beaucoup d'affaires. Moi, personnellement, à chaque fois que j'ai décidé de les envoyer consulter, j'avais pris la bonne décision.*

*(Hélène, infirmière, petit établissement)*

Régulièrement, selon les infirmières rencontrées, la prise de décision sur l'état de santé d'un patient se fait dans l'urgence. Elle doit donc se faire rapidement et elle doit être fondée sur des connaissances médicales objectives solides et un jugement clinique aiguisé. Lors d'une urgence, il n'est pas rare qu'il n'y ait aucun médecin sur place et que l'infirmière soit seule ou accompagnée d'une collègue. Elles sont alors les seules représentantes du corps médical et la décision de traiter un patient sur place ou de l'envoyer à l'urgence, par ambulance ou par fourgon, repose sur leurs épaules. Dans ce contexte, il peut arriver que la vie d'un détenu se retrouve entre leurs mains. Bien que des protocoles d'urgence soient établis et intégrés, ils ne peuvent remplacer le jugement clinique d'une infirmière sur une situation médicale donnée.

*Ici, c'est important d'être capable d'intervenir, parce que je suis seule, toute la semaine. Je peux rejoindre un médecin par téléphone mais c'est tout. Elle vient une fois par semaine. Donc le reste du temps, je dois utiliser mon jugement : si je l'envoie à l'hôpital ou si je suis capable de contrôler le problème ici. Ça fait partie de mon travail ici. J'ai un gros pouvoir décisionnel [...] parce que c'est sûr que si j'envoie quelqu'un à l'hôpital, le médecin doit être au courant, mais si je ne suis pas capable de le rejoindre, ou si ça presse trop, et qu'il faut que je le rejoigne, après il faut que je sois capable de dire pourquoi je l'ai fait, sur quoi je me suis basée pour l'envoyer.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Toutefois, cette autonomie peut également être vue comme extrêmement lourde, particulièrement dans un petit centre de détention. En effet, dans ce cadre, l'infirmière travaille constamment en solitaire, sans collègue de travail et avec une seule visite hebdomadaire du médecin.

*Chercheuse : - Puis, comment est-ce que vous voyez ce rôle?*

*Mathilde : - Lourd, parce que je suis seule. Je suis seule pis là, tu vois, aujourd'hui on est encore en surpopulation.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Du point de vue des médecins, l'autonomie des infirmières dans leur pratique professionnelle est un avantage certain puisqu'ils ont l'opportunité de déléguer une partie des soins de santé. Aux dires des participants, il apparaît évident que la dynamique entre les infirmières et les médecins au sein d'un centre de détention ne s'articule pas de la même façon qu'au sein d'une pratique régulière en CSSS ou en centre hospitalier. De surcroît, pour les médecins, la prise en charge médicale des détenus relève d'un travail d'équipe important au sein du corps médical. Les infirmières se présentent comme les intervenantes de première ligne. Ce sont elles qui décident si un patient devrait ou non voir le médecin et ce dernier fait confiance en leur jugement. La relation de confiance entre les médecins et les infirmières est d'une importance capitale en détention.

*Tandis que dans des cliniques [...], les infirmières n'ont pas besoin d'autant de liberté parce qu'ils ont des médecins sur place. Tandis que pour nous, les médecins partent. Ça fait qu'ils doivent se fier sur nous.*

*(Cécile, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Aussi, l'ensemble des protocoles signés et des actes délégués est le reflet de l'autonomie des infirmières. Cette autonomie transparaît dans différentes sphères d'actions comme pour les prescriptions, le diagnostic et pour certains actes médicaux.

*On fait à peu près tout ce qui pourrait se faire dans un soin courant dans un CSSS. Puis même, eux, aux soins courants, il leur faut une prescription, tandis que nous, on peut y aller sans prescription.*

*(Michèle, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

*Je trouve que les infirmières prennent plus en charge et elles font beaucoup plus de choses. Elles font des espèces de dépistage, des prises de sang, ces affaires-là que officiellement, elles ne devraient peut-être pas faire. Ce n'est pas que je leur reproche quoi que ce soit. Parce que c'est supposé être prescrit, par exemple, par un médecin de faire un bilan pour voir le sucre, le cholestérol, ces affaires-là, mais elles le font d'emblée elle-même, dans le fond.*

*(James, médecin, moyen établissement)*

Enfin, d'un point de vue procédural, l'autonomie des infirmières se manifeste à travers le tri quotidien des demandes de soins rédigées par les détenus. Effectivement, la communication des problèmes de santé dont souffrent les détenus se fait sous forme de « mémos », classés de façon prioritaire par les infirmières, qui doivent être traités dans un délai 72 heures. Un tri des demandes est donc effectué quotidiennement et ce, en fonction de leur urgence. Pour les infirmières, cette procédure leur rappelle le même processus de tri que celui effectué à l'urgence d'un hôpital. De cette façon, les infirmières sont amenées à rencontrer les détenus et, en fonction de la demande, elles ont la responsabilité de filtrer les communications entre les détenus et les médecins.

## 1.2 Quelques particularités du milieu carcéral

À travers les entretiens, diverses particularités du milieu carcéral ont été abordées par les intervenants médicaux rencontrés. D'une part, de façon généralisée, le milieu carcéral est perçu comme un environnement anxiogène par les médecins et les infirmières qui travaillent dans les unités de soins visitées. Le stress généré par le milieu aurait un impact sur les problématiques de santé et incidemment, sur la prise en charge exercée par le personnel soignant. D'autre part, à divers degrés, le milieu carcéral présente des contraintes particulières qui viennent influencer les pratiques du personnel médical.



a) *Le milieu carcéral : un environnement anxiogène*

Du point de vue des intervenants rencontrés, le milieu carcéral est un environnement anxiogène particulièrement pour les individus qui vivent une première incarcération. L'image du milieu carcéral véhiculée notamment dans les médias contribue à imposer aux condamnés une représentation floue et erronée de la prison (Décarpes, 2004).

*Ça arrive assez souvent, parce qu'on est dans un milieu stressant, parce que les premières incarcérations, c'est paniquant là. C'est paniquant pour les gens. Ils s'imaginent que c'est comme dans les films et qu'ils vont se faire attaquer ou se faire violer.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Aux dires de certains membres du personnel médical interviewés, cette expérience peut créer davantage d'angoisse et de panique pour des individus âgés qui vivent leur première condamnation. Certains changements législatifs et politiques ont contribué, au cours des dernières années, au vieillissement de la population carcérale (Landreville et Laplante, 1995; Uzoaba, 1998; Cusson, 2005). Cela signifie que de plus en plus d'individus sont incarcérés à un âge avancé.

*Je pense que c'est extrêmement stressant et extrêmement, euh...de vivre à l'intérieur, dans un secteur...Et le moins qu'on a, entre autres, des personnes âgées. Tu sais, un grand-papa qui rentre là [...] Selon moi, la menace, ce n'est pas tellement qu'il va se faire corriger à cause de son délit, mais la pression est tellement forte qu'on va le mettre tout de suite dans des secteurs particuliers [...]. Donc le stress, un peu la menace qu'il y a à l'intérieur, [...] le contrôle, c'est très, très, très stressant.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

Le niveau de stress élevé dans les détentions dont parle une grande partie des intervenants médicaux rencontrés a, selon eux, un impact certain sur la santé des détenus. Une des problématiques les plus fréquemment citées est l'impact de ce stress sur les troubles du sommeil. Ainsi, aux dires des intervenants, l'insomnie est une problématique très fréquente chez les détenus.

*En détention, il n'y a rien pour bien dormir. [...] On est couchés un sur l'autre, on est couchés par terre, on a le stress qu'on n'a pas dehors. On n'a pas de bons matelas [...] Donc si le matelas n'est pas bon, tu te ramasses pratiquement couché sur les barreaux tellement que le matelas est mince. Tu fais face aux ronflements; tu fais face au fait que tu ne peux pas sortir quand tu veux de ta cellule. Ça fait qu'ici, il n'y a aucun facteur prédisposant au sommeil. Il y a des rondes régulières aux heures, heures et demie. Avec la « flashlight », avec l'ouverture des portes qui est très écho; la détention, c'est un milieu très écho. Donc ça ne prend pas un gros bruit pour que ça devienne immense. C'est plein de facteurs qui font qu'on a de la misère à dormir en détention.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Pour les intervenants, la prévalence des troubles liés à l'insomnie est une problématique importante puisqu'elle fait l'objet de nombreuses demandes de médication. Or, les médecins ne peuvent pas prescrire des médicaments pour le sommeil de façon systématique. Les problèmes de dépendance vécus par une grande partie des détenus et le trafic de médicaments qui s'opère en détention font en sorte que les médecins sont très prudents sur ce genre de prescription.

*Quand ils sont très anxieux, ils dorment moins bien. Puis quand ils ne dorment pas, ils veulent des pilules pour dormir. Puis ça, les pilules pour dormir, ça se trafique beaucoup en détention. Donc, le médecin essaie d'en prescrire le moins possible parce que ça crée une dépendance en même temps.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Souvent alors, la prescription pour des médicaments qui facilitent le sommeil ne se fait qu'en tout dernier recours.

#### *b) Les contraintes du milieu carcéral*

Parallèlement, nos interviewés évoquent diverses contraintes du milieu : surpopulation, environnement carcéral inadapté à certaines problématiques de santé, transferts incessants des détenus ayant un impact sur les pratiques professionnelles.

La surpopulation dans les établissements correctionnels provinciaux et la promiscuité qui en découle soulèvent différentes problématiques relatives à la santé des détenus, notamment lorsqu'il est question de la propagation de virus.

*Soit qu'elles vont dans les ressources et là, elles reviennent bien souvent avec des problèmes de coucher dehors ou de coucher dans les « piqueries » et [...] elles reviennent avec la galle. On a des madames qui ont la galle, pas souvent, et une couple de madames qui ont des poux. Mais ça, c'est comme à l'école, c'est problématique. Quand une en a ici, ça veut dire qu'il faut toute faire le secteur, parce que là ça pique à tout le monde.*

*(Michèle, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

La surpopulation des établissements carcéraux est également problématique lorsqu'on s'attarde au nombre de lits réellement disponibles au quotidien. Concrètement, pour un établissement en surpopulation, cela implique de faire dormir des détenus sur un matelas posé à même le sol. Selon les intervenants rencontrés, pour des individus ayant des conditions particulières de santé, comme des problèmes respiratoires ou des problèmes articulaires, la surpopulation des établissements a alors un impact réel sur leur état de santé.

*Pour traiter un problème de santé physique ici en détention, des fois c'est plus difficile. Exemple : un asthmatique [...] Quand c'est en surpopulation, les gens couchent à terre. Le dernier arrivé va avoir le troisième lit, et le troisième lit, c'est un matelas à terre. Il y a beaucoup de surpopulation ici. Je dirais au moins [...] 20 personnes qui couchent à terre par nuit ici, 80 à 90 % du temps. Bon, à terre ça veut dire quoi? À terre, ça veut dire à la hauteur de la poussière. OK ? Donc quand tu es asthmatique, ce n'est pas tellement bien. Puis à terre, ça veut dire à la hauteur de la sortie de la porte comme ça. Je ne sais pas comment la ventilation est arrangée, mais il y a beaucoup de courants d'air. Donc, déjà en partant, c'est un problème majeur pour nous autres.*

*(Marthe, médecin, petit établissement)*

Certaines problématiques de santé physique sont parfois plus complexes à prendre en charge puisque les établissements ne sont ni adaptés, ni équipés pour les traiter de façon adéquate. Pour les patients âgés, l'environnement carcéral est perçu comme inadéquat

surtout en regard de certains handicaps tels que la perte d'autonomie physique, psychique ou encore les maladies chroniques nécessitant des soins spécifiques.

*La prison n'est pas adaptée pour [...] les personnes en perte d'autonomie. [...] Quand ils sont à domicile et qu'ils sont en perte d'autonomie, ils ont des soins du CLSC et tout ça, mais ici, on n'est pas organisés pour ça. Nous autres, on a des infirmières. Ici, c'est comme une clinique externe. On fait des suivis comme ça mais on ne prend pas en charge la personne qui est en perte d'autonomie. [...] On n'est pas là le soir, on n'est pas là les fins de semaine.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Dans les petits centres de détentions, où les ressources matérielles et le personnel sont souvent plus limités, cela peut mener à des situations surprenantes.

*On en a eu un justement dernièrement. [...] Il est allé faire sa sentence à la résidence où il était. On l'a retourné parce qu'on n'était pas organisés pour l'aider. [...] Il n'était pas capable de manger tout seul ; il fallait le stimuler pour qu'il mange. Mais les agents eux autres, ils ne peuvent pas faire ça. Ce n'est pas aux agents à faire les préposés et à les stimuler pour qu'ils mangent. Ça fait que [...] c'étaient les autres détenus. On avait demandé aux autres détenus.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Enfin, une troisième contrainte exprimée par les intervenants est le manque de communication entre les divers établissements de la province. Il s'agit d'une problématique soulevée à plusieurs reprises, notamment lorsqu'il est question du transfert des détenus. Selon les propos recueillis, les procédures mises en place font en sorte que les médicaments des détenus ne les suivent pas d'un établissement à l'autre. Dans le cas où un détenu doit être transféré pour une comparution dans une autre ville, ses médicaments ne lui seront acheminés que lorsque la recherche pharmacologique aura été effectuée par l'établissement recevant le transfert. Si ce transfert a lieu un vendredi, il est probable que le détenu ne reçoive pas sa médication avant la semaine suivante.

*Quand les pilules ne suivent pas, il [le détenu] peut être quatre jours sans ses pilules. On a des gens qui sont sur la méthadone. Quatre jours sans méthadone ! Parce qu'ils arrivent le soir, il est sept heures, il n'y a plus personne, et ils partent le matin à 6h30 quand il n'y a personne. Ce n'est pas drôle, ça. C'est un gros trou. On essaie, nous autres, de donner des pilules pour les quatre jours, mais ça ne fonctionne pas. Et à chaque fois ça nous choque.*

*(Marthe, médecin, petit établissement)*

Le manque de communication entre les établissements fait également référence au transfert minimal d'informations relatives aux détenus. Les intervenants rencontrés soutiennent que cette problématique alourdit leurs pratiques tout au long du processus : au niveau de la recherche du profil pharmacologique, de la prescription et de l'ajustement des médicaments des détenus. Cette problématique est récurrente dans le discours des participants puisque le transfert des détenus fait partie des procédures courantes, notamment en raison de la surpopulation des établissements. Une des infirmières rencontrées y réfère en parlant du jeu de la chaise musicale pour décrire le déplacement des détenus : « le détenu musical ». Elle explique que les décisions de transferts sont souvent prises en fonction d'une tentative d'équilibrer la surpopulation entre les différents établissements.

## **2. LE MANDAT<sup>11</sup> PROFESSIONNEL DU PERSONNEL MÉDICAL EN DÉTENTION PROVINCIALE**

### **2.1 « Personnel soignant » comme mandat premier**

Spontanément, lorsqu'on les questionne sur la vision qu'ils ont de leur rôle en détention, la majorité des membres du personnel médical rencontrés, tant chez les infirmières que chez les médecins, soutient que leur rôle est de répondre aux besoins médicaux des détenus. Les participants interviewés en parlent d'abord comme d'une pratique

---

<sup>11</sup> Nous employons le terme mandat au sens de l'ensemble des fonctions exercées par un employé.

d'urgence mais semblable à celle d'une clinique externe sans rendez-vous. Ils y ajoutent également un volet de bilans de santé et de stabilisation des conditions de santé d'un patient. Puis, ils parlent de la détention comme d'un moment approprié d'intervention médicale, tant de leur point de vue que du point de vue des détenus.

*a) Une pratique médicale entre l'urgence et le « sans rendez-vous »*

La prison doit assurer tous les soins nécessaires à la condition des personnes incarcérées (CPT, 2009; MSP, 2010; Nations Unies, 2014). Il va de soi que le personnel médical œuvrant en détention est embauché à ce titre, c'est-à-dire pour assurer la pleine prise en charge médicale et les soins courants des détenus en fonction des problèmes de santé physique ou mentale qu'ils présentent.

De façon quasi unanime, les médecins rencontrés parlent de la pratique médicale en détention comme une pratique semblable à une clinique externe sans rendez-vous, c'est-à-dire donner un traitement ponctuel et curatif à un ennui de santé. Les médecins font cette distinction par opposition à la pratique médicale dite « de bureau » où s'opère un suivi régulier auprès d'un bassin de patients connus. Dans une pratique de clinique externe sans rendez-vous, les patients se présentent avec un problème de santé donné qui demande une prise en charge souvent immédiate et ponctuelle.

*Personnellement, je n'ai pas l'occasion de faire nécessairement une prise en charge où je ferais des examens comme on dit, de dépistage, genre cancer du sein, cancer du colon, diabète, cholestérol, hypertension, ces grandes lignes-là. Puis, c'est plutôt dans une optique de sans rendez-vous, où c'est une approche par problème ; elles viennent pour « x » problèmes : « Je n'arrive pas à dormir ; j'ai un abcès dans la bouche ». On règle ce problème-là, un à la fois, dans le fond.*

*(James, médecin, moyen établissement)*

Quelques infirmières utilisent explicitement le terme de clinique externe sans rendez-vous pour qualifier leur pratique professionnelle en détention. Elles ajoutent que le manque de ressources fait en sorte qu'elles ne sont pas vraiment outillées pour prendre

en charge les urgences. Cette réalité est particulièrement présente dans les petits centres de détention visités.

*Nous autres on est considérés comme une clinique externe. Donc, ce n'est pas des soins d'urgence qu'on donne ici nécessairement [...] parce qu'on n'est pas organisés comme à l'hôpital. On n'a même pas d'oxygène ici. Admettons qu'il y en a un qui fait un infarctus ou quoi que ce soit, c'est tout de suite, on appelle l'ambulance, on assiste en attendant que l'ambulance arrive. Puis, on ne peut pas faire grand-chose de plus.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

D'un autre point de vue, un des médecins rencontrés, qui exerce également sa profession dans les pénitenciers fédéraux, parle plutôt de sa pratique comme une médecine qui oscille entre la médecine d'urgence et la « médecine de brousse ». Dans ses propos, ce sont le manque de ressources et le manque d'équipements face à l'état de crise des détenus provinciaux qui sont mis de l'avant pour qualifier sa pratique.

*Le rôle du médecin en détention [...] c'est de la médecine de brousse [en riant]. [...] C'est genre entre la salle d'urgence et une médecine de brousse. On n'est quand même pas organisés comme un hôpital. Ce n'est pas non plus une clinique médicale qui peut rouler douze heures ou 24 heures sur 24. Donc, c'est une mini salle d'urgence. Le centre provincial ici, c'est une porte d'entrée au niveau de la justice. Alors, les gens lorsqu'ils arrivent ici, ils viennent juste d'être arrêtés que ce soit pour un meurtre, pour de l'achat de cannabis, pour du trafic. Que ce soit pour n'importe quoi, ils sont arrêtés et ils sont emmenés. Donc, en général, ils arrivent en état de crise.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

Dans ces deux points de vue, on note une contradiction. Alors qu'un médecin parle de la pratique professionnelle médicale en détention comme une médecine d'urgence s'opérant malgré un manque flagrant de ressources, d'autres affirment plutôt que ce manque de ressources ne leur permet pas de prendre en charge les urgences.

*b) Bilans de santé, suivis et stabilisation de l'état de santé du patient*

En parallèle à cette pratique médicale dite d'urgence et de sans rendez-vous caractérisée par le manque de moyens, nos interviewés considèrent qu'ils effectuent aussi un travail de suivi et de stabilisation de l'état physique ou mental des détenus.

*On essaie de faire un suivi... En fait, les gens qui vont être dépistés, qui vont être vus, qui ont une problématique, c'est sûr que je vais les revoir. Moi, je vois des gens en santé mentale. Quelqu'un qui est psychotique, c'est sûr que je vais le revoir régulièrement jusqu'à temps qu'il soit stabilisé. Puis, même quand il va être stabilisé, on va s'assurer qu'il va voir l'infirmière, qu'on ne le perd pas de vue non plus. [...] C'est clair qu'on garde un suivi de ceux qu'on voit, pis de ceux qu'on peut dépister.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

Ces pratiques s'exercent de façon conjointe par les médecins et les infirmières. Les intervenants rencontrés mentionnent que lorsqu'une problématique de santé est dépistée et prise en charge, un suivi sera nécessairement exercé par les infirmières et éventuellement, par le médecin si la situation le requiert.

Toutefois, le bilan de santé, les suivis et la stabilisation de l'état de santé du patient demeurent limités. Quelques-uns des médecins rencontrés disent qu'ils n'ont pas le temps et manquent de moyens pour faire une prise en charge complète des problèmes de santé des détenus. Pour un des médecins rencontrés, le regard qu'elle porte sur sa pratique est restreint au traitement ponctuel. Elle le dit explicitement : son intervention médicale n'a pas pour objectif d'améliorer la santé des détenus. C'est cette vision de la pratique médicale qu'elle transmet aux étudiants en résidence de médecine qui viennent en apprentissage au centre de détention.

*Règle générale quand je viens, j'ai des résidents<sup>12</sup> avec moi et je leur dis que c'est comme un sans rendez-vous. OK ? Donc, dans ma vision de la chose, c'est du sans rendez-vous. Par rapport à du rendez-vous. Pour moi,*

---

<sup>12</sup> Ici, le médecin fait référence aux étudiants en médecine (résidence doctorale) qui l'accompagnent parfois dans ses consultations médicales en détention.



*un rendez-vous c'est du suivi puis tu essaies d'améliorer la santé des gens. Là j'essaie au moins euh...qu'ils ne se détériorent pas. [...] ou de contrôler la détérioration. [...] Mais non, je ne ferai pas de grand check-up ou d'examen annuel avec des bilans.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

*c) La période d'incarcération comme « moment d'intervention » sur la santé*

La plupart des détenus n'ont pas de médecin traitant à l'extérieur de la prison et il n'est pas rare que des détenus ne soient plus à jour auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec. De façon générale, les intervenants rencontrés sont d'avis que les détenus n'ont pas d'emblée l'habitude de prendre soin de leur santé à l'extérieur de la prison; leur condition de santé ne faisant généralement pas partie de leurs priorités. Selon quelques intervenants rencontrés, si la santé n'est pas prioritaire pour les détenus à l'extérieur de la détention, elle est susceptible de le devenir pendant l'incarcération : « *La santé n'est pas prioritaire à l'extérieur, c'est la drogue qui est prioritaire. La santé devient prioritaire quand elles sont ici parce qu'elles ont juste ça à penser.* » *(Michèle, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Cette représentation est amplifiée lorsque le personnel soignant interviewé fait référence à leurs patients toxicomanes.

*On voit beaucoup de toxicomanes, beaucoup de gens qui dehors sont des délinquants recherchés par la police. Donc, ils ne communiquent pas avec des médecins; ils ne vont pas voir de médecin. Ils ne consultent pas; ils ne prennent pas leurs médicaments, ils prennent de la drogue. Donc, à ce moment-là, quand ils arrivent ici, et bien là, on découvre un paquet de diabète, d'hypertension, de maladies cardiaques, des hépatites, bien sûr. Hépatite C surtout, qu'on va avoir. De temps en temps, du SIDA, mais beaucoup d'hépatite C. Surtout chez les toxicomanes UDI, les utilisateurs de drogues injectables.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

De nombreux intervenants ont soulevé le fait que, pour des personnes aux prises avec des problématiques de toxicomanie, l'incarcération est de fait un synonyme d'arrêt de

consommation. Les intervenants médicaux rencontrés expliquent que la douleur ressentie par les détenus est souvent exacerbée suite au sevrage imposé par leur arrivée en détention.

*Ce sont des douleurs chroniques, elles sont souvent réveillées ici. Probablement que la souffrance psychologique d'être ici va empirer leurs douleurs. [...] Puis, il y en a beaucoup qui ont une histoire de consommation à l'extérieur. [...] Souvent, leur moyen de contrôler leur douleur, c'est de consommer parce qu'elles n'ont pas mal quand elles consomment. Ça fait qu'elles arrivent ici, elles sont à jeun, ça réveille aussi les douleurs.*

*(Sophie, médecin, moyen établissement)*

Dans ce contexte, la période d'incarcération devient alors un « moment » pour les détenus de prendre en charge leurs problèmes de santé. Selon les intervenants médicaux rencontrés, ils prennent conscience de leurs problèmes de santé et demandent à être soignés.

*Ça fait cinq ans qu'il a ce problème là et qu'il ne s'en est jamais occupé. Puis ici, tout d'un coup, ça devient extrêmement important. Un, parce qu'il est sobre, puis deux, parce qu'il se rend compte qu'il a du temps. Bien ça, c'est un petit côté choquant, mais il faut passer par-dessus ça, puis dire : « OK, d'abord, je vais m'en occuper là. »*

*(Marthe, médecin, petit établissement)*

À l'opposé, pour un des médecins participants, l'amélioration de la santé est conditionnelle à la motivation des patients. En outre, le milieu carcéral ne lui apparaît pas comme un lieu idéal de prise en charge : « *Rester en santé, ça demande de la volonté [...] et on a rien à leur offrir finalement, comme avenir, à ces gars-là.* » *(Pascale, médecin, petit établissement)*

## 2.2 Éclatement des rôles professionnels : le double mandat

Parallèlement à leur mandat premier de soignant, nos interviewés indiquent que leurs fonctions professionnelles sont relativement éclatées. Au fil des entretiens que nous

avons menés, ils élaborent sur d'autres fonctions de leur pratique qui ne relèvent pas strictement du volet médical. Dans cette section, nous présenterons l'éclatement des fonctions professionnelles relatives à la santé physique vers des mandats d'une part de relation d'aide et d'autre part de contrôle, tel qu'explicités par les intervenants rencontrés.

*a) Personnel de relation d'aide*

Dans les propos que nous avons recueillis, les infirmières expliquent qu'une partie de leur travail consiste à faire du soutien psychologique auprès des détenus. Pour certaines, la relation d'aide, ou ce qu'elles appellent le volet psychosocial, est primordiale dans la pratique en détention. Certaines vont même parler d'un rôle de thérapeute.

*Donc, c'est vraiment le social. Oui, on traite le physique tout ça, mais le social est vraiment, vraiment très, très important. [...] C'est ma façon de voir. [...] Je suis infirmière, mais bon, de la relation d'aide, je suis capable d'en offrir.*

*(Ariane, infirmière, moyen établissement)*

Toutefois, l'intégration de ce volet dans la pratique professionnelle varie d'une infirmière à l'autre et d'un établissement à l'autre. Par exemple, les infirmières qui relèvent directement du ministère de la Sécurité publique expliquent que la relation d'aide est déléguée au service de pastorale de l'établissement.

*Ils ont besoin de parler, ils ont besoin de jaser. Mais ici, on a aussi le service de la pastorale. OK ? Puis, je réfère souvent à ces personnes-là. Le service de la pastorale, ce sont des gens qui sont disponibles. [...] Ça fait que je me sers des services que j'ai à ma portée. [...] Puis, je te dirais que c'est un service qui est souvent apprécié par les gars. Même s'ils ne sont pas croyants.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

Pour celles qui considèrent la relation d'aide comme une partie importante de leur pratique, la présence du lien de confiance entre l'intervenante médicale et le détenu est

fondamentale puisqu'elle facilite ce genre d'intervention. Ce lien de confiance, elles doivent d'abord le créer en essayant de montrer aux détenus qu'elles les considèrent et qu'elles sont là en soutien.

*Je vais parler d'elles, de comment elles vivent ça dans le secteur, tout ça, pour essayer de dire : « Regarde, pour moi tu n'es pas juste un numéro, t'es vraiment un tout, puis le temps que je prends avec toi c'est 5-10-15-20 minutes, 30 minutes, et bien, c'est un temps de qualité que je t'offre ». Je fais le tour de tout ce qu'elle a besoin. [...] Tranquillement pas vite, les liens peuvent se créer. [...] Il y a des liens qui se sont créés rapidement, mais il y a des liens que ça pris plus de temps.*

*(Ariane, infirmière, moyen établissement)*

Il semble que souvent, lorsque le lien de confiance n'est pas présent, il devient difficile pour les infirmières d'intervenir auprès des détenus, même du point de vue des besoins physiques. À quelques reprises, les infirmières parlent de leurs difficultés à intervenir auprès de certains détenus ou que certains détenus refusent systématiquement de se faire traiter par elles.

Que les infirmières soient en mesure ou non d'entrer en relation d'aide, le manque de ressources au niveau de l'aide psychologique offerte dans les détentions représente une contrainte mentionnée à de nombreuses reprises au cours des entretiens réalisés.

*Je pense que ce serait bien d'avoir un entre-deux, il y a un vide. Que ce soit au niveau d'un psychologue, tu sais, quelqu'un qui pourrait rencontrer le gars, parce qu'on part finalement de l'aumônier, puis on arrive au psychiatre.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

Si certaines infirmières s'investissent dans un rôle de soutien psychosocial, elles sont conscientes qu'elles le font, bien souvent, sans formation spécifique. Il en va de même dans le cadre de leur pratique lorsqu'elles doivent faire l'évaluation du risque suicidaire.

*Je vais devoir évaluer le risque suicidaire, je vais devoir juger si je le sors de la réclusion; s'il est encore suicidaire ou pas. Tout ça est avec mon « feeling » et avec mon bagage, mais je n'ai pas de rôle, je n'ai pas de formation de psychiatre. [...] Donc, on y va avec notre gros bon sens, et dans le doute, je le garde en réclusion.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Enfin, la charge de travail à accomplir et le manque de temps sont souvent soulevés pour justifier le niveau d'engagement plus limité de la relation d'aide. Puisque certaines infirmières disent « prendre le temps » de faire ce genre d'intervention, alors que d'autres disent qu'elles n'ont « pas le temps », il semble que la qualité de la relation d'aide qu'elles fournissent dépend du regard qu'elles portent sur leur rôle et leur mandat de soignante.

*b) Le soignant en position d'autorité et de surveillance*

Les entretiens ont révélé un autre aspect de leur profession soit le rôle de surveillance sur les comportements des détenus. L'exercice de cette fonction est lié plus particulièrement à deux problématiques différentes : d'une part, la surveillance axée sur la médication des détenus et le trafic de médicaments et d'autre part, sur ce que nous désignons comme « la gestion des comportements » qui entraîne des mesures de surveillance de la part du personnel soignant.

D'abord, selon le discours des intervenants rencontrés, le danger que peut représenter l'intoxication aux médicaments obtenus de façon illicite est éminemment présent.

*Étant donné qu'il y a un gros trafic de médicaments, un gros trafic de narcotiques, les gens consomment les narcotiques des autres détenus. Puis ils font des intoxications médicamenteuses [...] C'est déjà arrivé qu'il y ait eu des détresses respiratoires. [...] Il était intoxiqué par la médication.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

À cet égard, les infirmières sont particulièrement vigilantes et de nombreuses mesures sont mises en place pour essayer de contrer le trafic de médicaments dans les centres de détentions. Certaines de ces mesures font appel à des comportements de surveillance.

*Si on s'aperçoit qu'ils font du trafic, on leur fait enlever. On dit au médecin qu'il y a trafic. Si on a une preuve du trafic, on les fait enlever. Ça, c'est une autre affaire. Ça, j'appelle ça de la surveillance un peu.*

*(Hélène, infirmière, petit établissement)*

Selon les propos recueillis, les agents correctionnels peuvent être sollicités par les intervenants médicaux pour mener ce que certains nomment « enquête ». Le personnel de surveillance devient les yeux du personnel médical qui ne circule qu'exceptionnellement dans les secteurs des détentions. Ces pratiques font partie de la gestion de comportements problématiques des détenus que les intervenants sont appelés à faire au quotidien.

*On va utiliser des fois les agents. On va demander des rapports de sommeil; on va demander la collaboration des agents pour avoir des informations sur le comportement à tel moment. Est-ce qu'il va au gymnase, etc. ? Donc, on fait notre enquête déjà avant de voir le détenu pour avoir [...] les bonnes informations par les bonnes personnes.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

Enfin, pour les deux participantes rencontrées ayant la double fonction d'infirmière et d'agente correctionnelle, le rôle de surveillance est intrinsèque à la fonction d'agente correctionnelle. En outre, ce statut leur permet de rédiger des rapports disciplinaires sur les détenus.

### *c) Fatigue psychologique et stress associés à la pratique infirmière*

Pour quelques-unes des infirmières rencontrées, cette multiplication des rôles demande un investissement personnel qui crée une certaine lourdeur dans leur pratique professionnelle. Quelques infirmières disent que la pratique professionnelle à l'hôpital

ou en clinique est plus exigeante physiquement, mais que la fatigue psychologique est plus marquée en détention. Certaines infirmières mentionnent qu'elles doivent être vigilantes par rapport à l'épuisement professionnel car l'autonomie d'action, lorsqu'assumée en solitaire, est vue comme une responsabilité supplémentaire et augmente les facteurs de risque. Lorsque les infirmières font face à des requêtes qu'elles considèrent démesurées de la part des détenus, elles disent que cela a un impact sur leur fatigue psychologique, surtout lorsque des insultes ou des menaces y sont associées.

Enfin, certains médecins disent qu'une pression s'exerce également sur eux à l'égard de la prescription de médicaments et que les exigences incessantes des détenus peuvent être particulièrement difficiles à gérer pour les infirmières qui subissent au quotidien leurs récriminations.

### 2.3 Promotion de la santé : prévention, éducation et enseignement

Dans le cadre de notre recherche, le volet « promotion de la santé » a été directement abordé avec les divers intervenants rencontrés puisqu'il s'agissait d'un des trois axes de direction des entretiens. Nous cherchions d'abord à savoir si l'éducation et l'enseignement de saines habitudes de vie font partie intégrante de la pratique des professionnels. Puis, nous voulions comprendre de quelle façon s'articule ce type d'intervention à travers la pratique professionnelle quotidienne des médecins et des infirmières œuvrant en détention provinciale. Selon les propos recueillis, il appert que ce volet peut prendre deux formes différentes : d'une part, le dépistage et la prévention des maladies infectieuses et d'autre part, l'enseignement et l'éducation des détenus à l'égard de leur santé et de leurs soins.

#### *a) Prévention des maladies et comportements à risques*

Nous situons un premier volet de la promotion de la santé dans le dépistage des maladies, infectieuses surtout, et dans la prévention des comportements à risques chez

les détenus. Les pratiques sexuelles à risques et l'utilisation de drogues injectables sont des pratiques qui sont courantes chez les personnes incarcérées (Poulin et al., 2007; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). À cet égard, les membres du personnel médical rencontrés considèrent que la prévention de ces comportements fait partie intégrante de leur pratique professionnelle.

*Les dames quand elles viennent pour la première fois ou qu'elles reviennent, ce qui revient souvent c'est : « J'ai eu des relations sexuelles non protégées ». [...] Ça fait que oui, on fait de l'éducation tout ça, de ce côté-là. [...] Quand on fait les dépistages, souvent aussi ce qu'on va se rendre compte, c'est que les gens quand ils sniffent, c'est qu'ils vont prêter la paille.*

*(Ariane, infirmière, moyen établissement)*

Associées aux pratiques à risques existantes en détention, comme les relations sexuelles non protégées ou les tatouages artisanaux, le danger de propagation des maladies infectieuses est un enjeu important (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008). Les infirmières sont particulièrement conscientes de ces pratiques dans les établissements que nous avons visités.

*Elles vont prendre à peu près tout ce qui est possible et imaginable pour se faire des piercings. Des aiguilles à coudre...j'ai vu l'autre fois une fille qui s'en est fait un ce qui s'appellent des « barbels », elle n'avait pas de « barbel », mais elle a pris le pic d'une brosse à cheveux, elle l'a passé à l'eau de Javel, pis elle se l'est inséré pour ne pas que son trou se ferme. [...] Tout ici est artisanal. Les tatous, on a vu la même affaire.*

*(Ariane, infirmière, moyen établissement)*

Un des centres de détentions visités utilise les services d'une équipe externe spécialisée en information et en dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Toutefois, il s'agit du seul centre de détention qui nous a explicitement parlé d'un dépistage relativement systématique des maladies infectieuses. L'équipe SIDE<sup>13</sup> fait

---

<sup>13</sup>Services intégrés de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (SIDEP)



référence à un groupe de travail en santé publique qui vient faire un dépistage des maladies infectieuses et offrir le traitement approprié aux personnes infectées. Au sein de cette équipe collaborent des infirmières et des travailleurs sociaux.

*On fait aussi la vaccination. On a une équipe SIDEP qui fait la vaccination pour l'hépatite A et B. Ils s'occupent aussi des clients VIH qui ont besoin d'un suivi et tout ça. [...] Puis, on a la santé publique qui vient en collaboration avec le SIDEP, une fois par mois, qui vient vacciner « at large », sans avoir fait de labo avant. Ils vaccinent toutes les dames qui veulent être vaccinées pour l'hépatite A et B.*

*(Michèle, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Même si la promotion de la santé fait partie de la pratique de la plupart des médecins rencontrés, elle s'exerce de façon individuelle avec les détenus. Néanmoins, la majorité des médecins rencontrés sont d'avis qu'une grande partie du travail à ce niveau est effectuée par les infirmières.

*De la prévention facile ? C'est peut-être plus les infirmières qui pourraient te répondre sur la promotion, la prévention primaire... c'est peut-être plus les infirmières qui sont à ce niveau-là.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

*Mais on essaie c'est sûr, c'est beaucoup les infirmières avec le dépistage et les « counsellings » qui vont le faire.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

Lorsqu'abordée avec nos interviewés, la question de la promotion de la santé les amènent à parler de leurs pratiques liées à la réduction des méfaits. Comme nous en avons parlé dans le premier chapitre, les mesures de réductions des méfaits sont liées à des considérations de santé publique et visent à minimiser les dommages associés entre autres à la propagation des maladies virales, tant pour les usagers que pour la collectivité (Santé Canada, 2001; Plourde et al., 2005).

*Ce qu'on aborde principalement ici, c'est tout ce qui concerne la réduction des méfaits entre autres là, mais tous les risques qu'il y a à attraper l'hépatite C, l'hépatite B, le VIH. Donc ça va être relié beaucoup aux tatouages qui sont faits en détention avec du matériel pas stérile. On a une infirmière ici qui fait - qui essaie - une journée par semaine, de faire du dépistage en détention. Elle va faire un questionnaire : quels sont les risques du détenus en particulier, elle va aller vérifier sa vaccination, si elle est à jour et puis, là elle va lui parler des risques, entre autres les tatouages en détention. Ça c'est la promotion principale qui est faite ici.*

*(Cécile, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Même si une seule des intervenantes médicales rencontrées nomme spécifiquement ce terme pour parler de sa pratique de prévention, ils sont quelques-uns à les utiliser. Les programmes d'entretien à la méthadone dont nous parlent les médecins et les infirmières rencontrées font partie de ces pratiques. En outre, chez les infirmières, le fait de fournir du matériel stérile afin de rendre plus sécuritaires les comportements à risque dont elles sont conscientes fait également référence à la réduction des méfaits.

*Elles n'ont pas le droit. [...] Je n'irai pas nécessairement aviser les agents là, et leur dire : « Faites attention, elles font des tatous ». Je vais donner ce qui est nécessaire, puis évidemment, je vais dire : « Bon est-ce que vous avez changé d'aiguille ? Est-ce que c'est une aiguille que tu as repris, puis qu'elle en a tatoué deux ou trois en même temps. »*

*(Ariane, infirmière, moyen établissement)*

Une des médecins rencontrés pose un regard plutôt pessimiste sur la promotion de la santé qui peut être faite en détention. En effet, elle soulève qu'il est difficile en détention de faire de la prévention sur les problématiques de santé qui n'ont pas d'incidence visible ou notable sur l'état de santé d'un patient et particulièrement, comme nous l'avons dit, dans un contexte où la santé n'est pas une priorité.

*Tu n'as plus rien qui t'attend. Ta blonde est partie, tes enfants sont sur la DPJ, ils sont disparus. Puis tu penses que quand tu vas sortir, que tu vas t'occuper de ton cholestérol ? Ça ne marche pas là. Donc, selon moi, les problèmes de santé physique. [...] C'est pour ça que la prévention ne marchera pas. Les problèmes de cholestérol, ça ne fait pas mal, donc*

*pourquoi je m'occuperais de ça là, finalement. Et on ne leur apprend pas. On ne leur apprend pas à...il n'y a pas de ré-éducation qui se fait en dedans. [...] Donc, c'est une roue qui tourne et qui va continuer à tourner.*  
(Pascale, médecin, petit établissement)

En ce sens, les intervenants médicaux rencontrés indiquent que l'amélioration de la santé de leur patient dépend de la réceptivité et de l'ouverture de ce dernier.

Enfin, une seule des infirmières rencontrées, chef d'unité de soins de santé, prend du temps pour élaborer des programmes d'enseignement destinés à être communiqués aux détenus de façon collective, sous forme d'ateliers. Selon ses dires, ce type d'intervention de groupe demeure exceptionnel et a lieu lorsque des situations touchent l'ensemble, ou une grande partie des détenus.

*C'est arrivé aussi où j'ai fait de l'enseignement en groupe. Mais ça c'est quand il y a eu la période d'abandon tabagique où toutes les personnes incarcérées ne pouvaient plus fumer dans les détentions. Ça fait que là, j'avais eu quelques groupes pour les préparer à ça. J'avais fait de l'enseignement de groupe sur la cessation tabagique.*  
(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)

#### *b) Éducation et autonomie des détenus dans leurs soins*

Concernant la place qu'occupent l'éducation et l'enseignement dans la pratique professionnelle médicale en détention, les discours sont partagés. Même quelques-uns des intervenants rencontrés nous disent spontanément qu'ils ne font pas de promotion de la santé en détention. La grande majorité explique faire de l'enseignement et de l'éducation dans les centres de détention dans un cadre individuel et spécifiquement en fonction du diagnostic. Certaines infirmières sont d'avis que ce rôle fait partie de la pratique infirmière, que celle-ci exerce en clinique, à l'hôpital ou en détention.

Pour ces dernières, compte tenu que les unités de soins en détention ne sont pas équipées comme une clinique et n'ont pas le personnel à leur disposition à toute heure

de la journée, il est de leur responsabilité d'enseigner aux patients détenus comment être autonomes dans leurs soins.

*Puis c'est sûr que nous autres, s'il faut qu'on les assiste, on va les assister. Mais, en principe, ils sont pas mal autonomes dans leurs affaires. On leur montre comment faire. Comment se prendre en charge, puis ils font leurs choses. [...] Mais nous autres ici, on n'a pas le choix, parce qu'on n'est pas là le soir et on n'est pas là la fin de semaine. Ça fait qu'il faut que les gens soient capables de faire leurs choses. Et ce n'est pas les agents qui vont les faire non plus.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Toutefois, le manque d'équipements et de ressources ainsi que le potentiel de dangerosité de certains produits se présentent comme des obstacles à la responsabilisation des détenus à l'égard de leurs soins de santé. Ces contraintes sont principalement liées au contexte carcéral.

*Quand tu traites des maladies, un diabète c'est un diabète. Sauf que c'est dans l'intervention que ça va être différent. Parce que le diabétique, tu dois viser à le rendre autonome. Mais ici, tu dois le rendre autonome avec les outils qu'il a. [...] On leur montre à faire leur test, mais dans les cellules, ils n'ont pas le droit d'avoir l'appareil de glycémie parce qu'il y a des aiguilles. Puis, il y a de l'insuline. Ça fait que quand c'est le temps, il faut qu'il le demande à l'agent. L'agent leur donne, ils le font devant eux autres, puis ils retournent l'appareil. Tu peux te tuer avec de l'insuline.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

### **3. LE REGARD PORTÉ SUR LE PATIENT DÉTENU ET LES STRATÉGIES D'INTERVENTION ASSOCIÉES**

#### **3.1 Les différentes représentations du détenu telles qu'exprimées par le corps médical des centres de détention visités**

En voulant comprendre le regard que portent les professionnels de la santé qui œuvrent en détention sur leur pratique professionnelle, ils nous font part spontanément des représentations qu'ils se font des patients qu'ils ont à traiter au quotidien. Dans cette

section, ce sont ces diverses représentations que nous aborderons en profondeur. Nous les avons regroupées en trois catégories, le non-jugement envers le détenu, le détenu vu comme un risque et le détenu perçu comme un individu à protéger.

*a) Le non-jugement envers le détenu*

Un des aspects qui ressort du discours des membres du personnel médical rencontré est le non-jugement dans le regard posé sur les détenus. À de nombreuses reprises, les professionnels soulignent que, dans bien des cas, ils ne sont pas au courant du crime commis par leurs patients, et que cela n'a pas d'intérêt à leurs yeux.

*Ça prend ça pour être médecin en détention. Je pense qu'il faut avoir beaucoup, beaucoup d'écoute, et puis, il n'y a pas de jugement qui se fait ici. Moi, je dis toujours : « Je ne sais pas ce que tu as fait, je ne veux pas le savoir non plus. [...] Ce n'est pas ça qui est important.*

*(Marthe, médecin, petit établissement)*

Pour plusieurs, le fait de porter un regard sans juger la personne fait partie des qualités requises pour pouvoir travailler comme professionnels de la santé en détention. Certains soulignent que le jugement de la personne a déjà été fait à la cour, et qu'en ce sens, cela ne fait pas partie de leur mandat. En outre, les infirmières et les médecins rencontrés sont d'avis qu'il est de leur devoir de traiter leur patient de la même façon qu'un patient d'une clinique générale.

*On n'est pas là pour les juger. Nous, on doit les voir comme des patients. [...] Quand ils passent à la cour, il y a déjà des juges pour ces personnes-là, pour leur donner une sentence. Ils font leur pénitence, ils payent. Quand ils font leur temps, c'est ça qu'ils font. Ça fait que nous, on ne doit pas les juger là-dessus. Il y a des abuseurs d'enfants. Il y a des batteurs de femmes. Il ne faut pas les juger là-dessus.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Certaines infirmières affirment elles-mêmes leur distinction par rapport au personnel de surveillance en disant que le regard qu'ils portent sur le patient détenu est différent du regard des agents correctionnels envers les personnes incarcérées.

*On s'entend qu'on n'a pas la même vision. La vision d'un agent envers quelqu'un de malade, puis la vision du personnel infirmier et des médecins envers quelqu'un de malade, ce n'est pas la même. Eux autres les voient comme un détenu. Nous autres on le sait que ce sont des détenus, mais on les voit aussi comme des patients. Ça fait que la vision n'est pas la même.  
(Cécile, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

*b) Le détenu perçu comme un risque : le détenu menaçant, le détenu manipulateur et le détenu exigeant*

Le milieu carcéral et le détenu viennent aisément toucher l'imaginaire de la population et peuvent représenter une source fantasmatique importante (Holmes, 2001). Le personnel médical n'échappe pas à ces représentations. De surcroît, pour la plupart, il s'agit d'un premier contact professionnel avec la délinquance et ils ne sont pas spécifiquement formés pour travailler auprès de cette clientèle. À quelques reprises au cours des entretiens que nous avons menés, les propos des participants sont teintés du risque que peuvent représenter les détenus; un risque perçu comme potentiellement menaçant à leur sécurité physique ou à leur bien-être psychologique. Dans la section suivante, nous illustrons la représentation que se fait le corps médical du risque que représente le détenu et nous dégageons les principaux attributs utilisés par les médecins et les infirmières pour parler du patient détenu. Nous y présentons plus en détails la perception du détenu « menaçant », du détenu « manipulateur » et du détenu « exigeant », expressions régulièrement empruntées par les soignants interviewés.

**Le détenu « menaçant »**

Parmi les participants rencontrés, la notion de risque se traduit d'abord par la perception de menaces potentielles à la sécurité du personnel, à la sécurité des autres détenus ou encore à leur propre sécurité. Cette représentation ressort notamment en

situation d'urgence lorsque le personnel infirmier doit immédiatement se rendre dans un secteur pour faire une intervention de soins. La sécurité devient alors, selon eux, une priorité puisqu'autant la personne en détresse que les autres détenus peuvent constituer une menace à la sécurité du personnel.

*On ne rentre pas sur un secteur tant et aussi longtemps que notre sécurité n'est pas protégée. Si je rentre sur un secteur, il faut que tous les détenus soient en cellules, portes barrées, pour que je rentre. [...] Je ne rentre pas sur un secteur quand il y a des détenus de libres là. Il faut qu'ils soient dans leur cellule si je rentre. Puis, je rentre avec plusieurs agents. Ma sécurité passe avant.*

*(Hélène, infirmière, petit établissement)*

Les protocoles en place contribuent à amplifier cette perception que les détenus peuvent constituer une menace à la sécurité du personnel. Les protocoles de sécurité font partie des règles de base avec lesquelles tous les nouveaux employés doivent se familiariser.

Les expériences antérieures de violence en détention, surtout entre les détenus, exacerbent ces perceptions relatives au potentiel de risque. Le personnel médical est d'autant plus perméable à la présence de violence en détention puisqu'il doit régulièrement traiter des blessures causées par des actes de violence entre les détenus. De plus, le passé criminel connu ou non du personnel médical renforce cette perception du potentiel de dangerosité.

*S'ils sont en détention c'est parce qu'ils ne sont pas capables de respecter les règles de vie, dans le fond c'est ça. [...] Tu enfreins les règles dehors, tu es capable d'en enfreindre en dedans aussi. C'est la différence de clientèle qu'on a. [...] Ça ne leur dérange pas de faire ce qui est, entre guillemets, « criminel », et bien en dedans, ils ne changeront pas.*

*(Hélène, infirmière, petit établissement)*

Aux dires de certains intervenants rencontrés, la notion de sécurité fait partie des préoccupations quotidiennes, notamment sur les objets qui peuvent être apportés par les détenus dans les secteurs. Certains objets, nécessaires d'un point de vue médical,

peuvent poser problème à la sécurité puisqu'ils peuvent potentiellement être utilisés à des fins de violence.

*Comme là, présentement, j'en ai un qui est amputé et il a une orthèse. [...] Il est amputé jusqu'au genou et il a une orthèse. Mais l'orthèse elle, quand il l'enlève là, c'est un gros pic en métal qui rentre dans son... Ça fait que ça, ça peut être dangereux. Il faut voir tout le côté sécurité, là. Ça peut devenir comme une arme.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Quelques intervenants abordent le fait que le côté « ingénieux » ou « créatif » de certains détenus peut aussi représenter une menace à leur propre intégrité physique ou à celle des autres détenus. Certaines infirmières expliquent que la tendance de certains détenus à bricoler, trafiquer et détourner certains objets revêt un potentiel de dangerosité, notamment à l'égard des infections et de la transmission de maladies infectieuses.

*Les détenus vont se procurer toutes sortes de petits objets qu'ils peuvent obtenir [...]. Ils sont très créatifs pour s'inventer, pas s'inventer, mais se machiner des petits outils pour pouvoir réussir à se faire des tatouages. [...] Le risque de transmission est élevé.*

*(Cécile, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Quelques-uns des propos abordés avec les membres du corps médical mettent en lumière le fait que le potentiel de dangerosité que peuvent représenter certains détenus envers eux-mêmes peut atteindre un niveau alarmant. Considérée comme très dangereuse, comme un appel à l'aide et une manifestation sérieuse de détresse, l'automutilation représente selon eux une menace très importante à l'intégrité physique des détenus.

*Du frappage à la tête sur un mur, des lacérations avec des lames de rasoir. On avale des lames de rasoir. Ça peut prendre toute la forme que tu veux pour te faire mal. Ce qu'ils ont sous la main.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*



*Des fois on est obligés de les référer à l'urgence aussi parce que ça leur prend des points de sutures. Des cas de tentatives de suicide par lacérations, ou de l'automutilation.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

### **Le détenu « manipulateur »**

La représentation du détenu comme un individu capable de manipulation est présente chez une grande partie des membres du personnel médical interviewés. De façon générale, les employés du corps médical en détention indiquent ressentir la nécessité de demeurer sur leur garde dans leurs rapports avec les détenus. Régulièrement, les intervenants médicaux que nous avons rencontrés mentionnent avoir l'impression que les détenus leur mentent ou encore cherchent à les manipuler pour parvenir à leurs fins. Aux dires des intervenants médicaux rencontrés, cette manipulation peut prendre plusieurs formes : l'exagération ou la simulation d'un état de santé ou encore les mensonges relatifs à la consommation.

Les participants parlent d'une manipulation par les détenus en rapport à leur véritable état de santé. De leur point de vue, il peut arriver qu'un détenu simule une condition physique lui permettant potentiellement d'être transféré à l'hôpital ou d'obtenir des médicaments narcotiques. Ce type de manipulation est abordé à plusieurs reprises par les membres du corps médical rencontrés.

*Il faut prendre toujours en considération que des fois, ils jouent une « game », les détenus. Ça fait qu'on essaie toujours de faire attention à ça aussi. Parce que des fois, ils veulent aller à l'hôpital pour aller se chercher de la drogue. Parce que l'hôpital c'est une porte d'entrée pour aller chercher de la drogue, avec une organisation de personnes à l'extérieur. [...] Il y a en des fois qu'ils font exprès pour frapper un mur pour faire une fracture du boxeur pour pouvoir aller à l'hôpital, pour pouvoir essayer d'avoir une prescription de narcotiques à l'hôpital parce qu'ils savent qu'ici le médecin n'en prescrira pas de narcotique, à cause de la problématique de trafic de médicaments.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Les mensonges sur les habitudes de consommation, souvent liés au trafic de médicaments, sont une autre forme de manipulation soulevée par quelques-unes des infirmières rencontrées.

*Parce que quand tu commences ici, c'est un gros mot là, mais tu vas te faire fourrer; tu vas te faire jouer des tours. Parce que les détenus, ils sont ratoureux, [...] tu te revires de bord, ils t'ont menti encore parce qu'ils disent qu'ils ne consomment pas, mais ils sont en train de « sniffer » leurs pilules en bas.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

La manipulation, souvent liée à l'acquisition de médicaments pour la consommation ou pour le trafic, est une problématique qui a un impact sur la confiance que les intervenants ont envers leurs patients.

*On a tout le temps peut-être une petite réserve de plus que des patients disons, qu'on connaît depuis longtemps et à qui on peut plus faire confiance. Ici, c'est un peu moins.*

*(Sophie, médecin, moyen établissement)*

Tant chez les médecins que chez les infirmières, la thématique de la manipulation revient fréquemment dans leur discours. Les médecins sont généralement d'avis que leur position d'intervenants de deuxième ligne est plus avantageuse à cet égard puisque bien souvent, la demande est d'abord filtrée par les infirmières. Les médecins peuvent alors être avertis lorsqu'une manipulation tente de s'opérer. : « *En tout cas, une intervention en deuxième ligne, c'est quand même plus facile, parce qu'on sait déjà la demande.* » *(Pascale, médecin, petit établissement)*

De plus, certains médecins considèrent que, malgré la manipulation qui s'exerce dans le but d'obtenir de la médication, ils sont en meilleure position puisque, selon eux, par opposition au personnel à temps complet, ils considèrent être perçus comme des alliés de la part des détenus.

*Nous, on a un beau rôle à quelque part, les médecins. [...] Tu sais, je vais être ici entre 12 et 15 heures par semaine, alors quand je viens, pour les patients, pour les détenus, on est plus comme un allié, tu sais? On n'est pas un agent...et on vient les aider. C'est sûr qu'on a beaucoup de pression pour les prescriptions. Les gens vont nous simuler des douleurs où là, les douleurs c'est toujours à 10/10 ou à 11/10. Donc, c'est jamais assez fort ce qu'on leur donne, parce que de un, ils veulent s'intoxiquer ou de deux, ils veulent en avoir pour vendre ou ils sont taxés. Ça, c'est fréquent. Donc, on vit ce type de pression là. [...] On est là juste quelques heures par semaine. L'agent qui est là à tous les jours ou l'infirmière qui est là à tous les jours... et l'agent, c'est encore pire parce qu'eux autres sont là pour maintenir la discipline, les contrôles.*

*(Pierre, médecin, moyen établissement)*

### **Le détenu « exigeant »**

Les détenus sont également qualifiés d'exigeants par le personnel médical des centres de détentions visitées. Cette représentation du détenu est renforcée par les demandes excessives. Le détenu est exigeant car il souhaite que le personnel médical réponde à ses demandes rapidement, que ce soit pour avoir un rendez-vous avec le médecin ou pour un suivi auprès d'un médecin spécialiste de l'externe.

*Je te dirais que c'est une clientèle qui se veut quand même exigeante. [...] Ils veulent être servis pour hier. C'est ça, mais c'est très, très exigeant...c'est ça, c'est pour hier et ils veulent ça là. [...]. Mais les contraintes font en sorte que souvent, ça ne peut pas être ça. Ça fait que c'est sûr et certain que parfois ça frustre. Ça fait partie de la « game ». Ils veulent être vus par le médecin tout de suite.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

L'exigence des détenus aux prises avec des problématiques de santé liées à la douleur chronique est soulevée à quelques reprises par les intervenants médicaux rencontrés. Effectivement, la douleur chronique est perçue comme une problématique difficile à gérer puisqu'il peut arriver que les démarches médicales atteignent une limite et que le patient doive apprendre à vivre avec cette douleur. Certaines infirmières perçoivent qu'il est parfois difficile de faire comprendre cette situation aux détenus « exigeants ». Cet état de fait peut générer de la colère chez les détenus.

*Sauf que les examens disent qu'il n'y a pas grand-chose dans son épaule, ça va être de la douleur chronique, puis il faut qu'il apprenne à vivre avec cette douleur-là. Mais là, ça ne fait pas son affaire. Puis il nous menace tout le temps de nous faire des plaintes. Puis on ne fait jamais rien pour lui. Sauf que là, l'autre fois je lui dis : « Regarde, quand tu dis qu'on ne fait jamais rien pour toi, ce n'est pas vrai là. Tu as vu le médecin à plusieurs reprises, tu as eu deux résonances magnétiques, tu as eu trois infiltrations, tu as vu l'orthopédiste deux fois, pis là, tu es en attente pour aller voir le physiatre. » Mais là, ça ne va pas assez vite pour lui là, il est sur une liste d'attente. [...] je ne peux pas faire mieux là. [...] Puis là, on est des incompetentes, puis : « Vous êtes bonnes à rien. » Tu sais, pas juste nous autres là. C'est les médecins aussi.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Aussi, le patient est dit exigeant en raison du fait que plusieurs d'entre eux présentent régulièrement des demandes quant à la médication qui leur est prescrite ; ils demandent de la médication, en demandent davantage et en demandent de la plus forte.

*C'est sûr qu'il y a des patientes qui viennent me voir pour des demandes excessives. Par exemple, pour avoir des calmants, des somnifères, des affaires de même, vraiment pour le plaisir de la chose, versus le besoin.*

*(James, médecin, moyen établissement)*

*Il y en a qui aiment beaucoup, beaucoup les pilules. Ça fait que quand ils n'en ont pas, ils en veulent. Puis, quand ils en ont, ce n'est jamais assez fort, ou ce n'est jamais assez en nombre. Ils veulent tout le temps autre chose.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

Lorsque l'exigence de certains détenus est abordée par les intervenants rencontrés, ils soulèvent aussi qu'elle est souvent accompagnée de menaces et de violence verbale. Les infirmières et les médecins rencontrés en parlent pour témoigner de l'ampleur que peuvent prendre ces exigences. De leur point de vue, certains détenus, confrontés à un refus, peuvent devenir colériques, méprisants ou même menaçants.

*c) Le détenu vu comme un individu à protéger*

Par opposition au risque que les détenus peuvent représenter du point de vue des membres du personnel médical rencontrés, le détenu vu comme un individu « à protéger » fait également partie des représentations que se font les infirmières et les médecins interviewés. Le détenu peut ainsi être perçu par les membres du corps médical comme un individu en situation de vulnérabilité, attirant alors un regard de soutien, de compréhension et d'empathie. Puis, le détenu peut également être perçu comme un individu présentant un état de santé inquiétant. Pour qualifier cette dernière représentation, le personnel médical interviewé utilise, à de nombreuses reprises, le terme « hypothéqué » ce qui nous incite à l'utiliser pour dénommer cette caractéristique.

**Le détenu « vulnérable »**

Dans la littérature, on note un certain consensus sur l'existence de la violence entre les détenus en milieu carcéral (Daigle et Côté, 2005; Vacheret et Lemire, 2007). Selon les membres du personnel médical que nous avons interviewés, toutes les formes d'extorsion, souvent liées au trafic de médicaments, les règlements de compte ou les abus physiques entre les détenus font partie de la réalité carcérale. L'état de santé physique ou mental de certains détenus peut les rendre plus vulnérables à ces violences. Le personnel médical en est témoin et intègre dans ses fonctions un rôle de protecteur envers les détenus.

*Il faut dire que depuis aussi quelques temps, la population au niveau psychiatrique est plus présente. Avec la fermeture [...] de certains lits [...] Ça fait qu'il y en a certains qui vont se retrouver ici. Comme tu vois, on va se retrouver aussi avec des gens qui ont des problèmes de déficience. [...] C'est sûr et certain que c'est une clientèle qui se retrouve ici. Ça fait que souvent, on les protège. On a un rôle de protection envers eux. Parce que ce sont des gens qui, surtout ici tu sais, ils vont toujours être abusés.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

En plus de la clientèle aux prises avec des troubles de santé mentale, il apparaît que la clientèle féminine attire une plus grande empathie chez les membres du corps médical,

selon les discours recueillis. Évidemment, cette caractéristique est particulière aux établissements où le personnel côtoie les deux populations.

*C'est une clientèle avec laquelle j'avais de la difficulté à travailler, pas parce que c'est des femmes, pas parce que...mais ça vient me chercher au max. Énorme. Je n'en reviens pas à quel point il y a beaucoup de dépendance affective. Hum... Tu sais, même si son chum est méchant avec elle...c'est pas grave, il est là. Je trouve ça totalement triste. Il me semble qu'il y en a plusieurs que j'aurais pris, puis que j'aurais cajolées, mais on a l'impression que c'est des gouffres, des vides, tu ne vois pas le fond de ce manque d'affection. [...] Je trouve ça triste. J'imagine qu'il y en a certains, sûrement qu'il y a des gars qui vivent ça comme ça, mais eux, c'est la façade. Ils ne se laissent pas atteindre.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

La situation dans laquelle se trouvent les détenus en raison des procédures et des pratiques administratives peut affecter le personnel médical. Une infirmière mentionne qu'au début, elle avait de la difficulté à ne pas pleurer en voyant certains détenus transférés avec leur sac d'effets personnels. Elle soulignait l'importance de ne pas s'attacher aux patients : « *C'est comme ça la vie, il ne faut pas que tu t'attaches, c'est le premier point.* » *(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement).*

La représentation de la vulnérabilité des patients que les intervenants médicaux se font en considérant la personne derrière le condamné les amène à vouloir les aider, les réconforter; comme une forme de protection.

*Mais il y a tout le temps comme l'autre aspect de la patiente plus au niveau psychologique [...] elles ont toutes un passé; elles ont toutes une vie assez difficile. [...] En même temps, tu as toute la partie que tu voudrais les aider. [...] Tu sais, tu veux apporter de l'aide, du réconfort, tu sais, essayer de les soulager.*

*(Sophie, médecin, moyen établissement)*

La relation que le personnel peut développer et entretenir avec les détenus présente alors un volet affectif où la vulnérabilité de certains détenus exerce une influence. La

volonté de vouloir protéger un détenu, tant physiquement que moralement, s'inscrit comme une dimension à l'aspect relationnel s'établissant entre le personnel médical et les détenus.

### **Le détenu « hypothéqué »**

Dans les propos des intervenants médicaux rencontrés, la représentation du détenu « hypothéqué » fait référence à la condition de santé physique, parfois inquiétante, de certains détenus. À de nombreuses reprises, le personnel médical parle des détenus comme des individus qui ne prennent pas bien soin de leur santé; qui ont de mauvaises habitudes de vie ou qui ont des comportements à risque: « *Dis-toi une chose, s'ils ont ça ici, en détention, ils ne se sont peut-être pas assez occupés de leur maladie dehors.* » (Hélène, infirmière, petit établissement).

Certains détenus peuvent aussi arriver en prison avec une grave problématique de santé. Quelques infirmières et médecins rencontrés soutiennent que ces conditions de santé n'ont pas été prises en charge à l'extérieur.

*Parce qu'elles ne s'en occupaient pas à l'extérieur, parce qu'elles consommaient et qu'elles ne s'occupaient pas d'elles-mêmes. Ça fait que ça peut comme réveiller... des problèmes, mais elles vont se rendre compte qu'elles ont des problèmes. Des fois, par exemple, tu sais, la femme arrive : « Ah! J'ai une bosse sur le sein ». Mais, tu sais, elle a une espèce de grosse « mailloche » dans le sein. Tu te dis, c'est parce que ce n'est pas apparue hier, tu sais ? C'est parce que ça faisait longtemps que c'était là, puis elle ne s'en était pas aperçue.*

(Sophie, médecin, moyen établissement)

Par certains constats, le personnel médical réalise parfois que la santé d'un individu n'est pas représentative de son âge. Cette réalité a été abordée à plusieurs reprises par les participants et cela semble encore plus frappant chez les femmes détenues.

*Elles sont hypothéquées, ça c'est sûr et certain. Les femmes sont vraiment hypothéquées. C'est comme si elles avaient vieilles peut-être d'un 15 à 20*

*ans trop vite. Tu vas avoir une personne de 30 ou 40 ans et on dirait qu'elle va avoir l'air de 60 ou 70 ans. Je pense qu'elles se font la vie dure. Sans jugement là. Mais ce sont les faits, le constat.*

*(Dominique, infirmière auxiliaire, gros établissement)*

### 3.2 Les stratégies d'intervention utilisées par le personnel médical

En analysant le regard que le personnel médical porte sur leurs patients détenus, nous cherchons à comprendre de quelles façons ces représentations du détenu « menaçant », « manipulateur », « exigeant », « vulnérable » ou « hypothéqué » nuancent la prise en charge médicale et les pratiques professionnelles. D'après le discours des participants rencontrés, leurs perceptions des détenus font en sorte que le personnel médical développe des stratégies d'intervention, soit organisationnelles ou personnelles, lui permettant de gérer et de travailler avec les comportements et les attitudes des détenus.

#### *a) L'objectivation des symptômes physiques*

La perception du détenu comme un individu capable de manipulation pour parvenir à ses fins fait en sorte que, du point de vue des intervenants médicaux en détention, ceux-ci développent certaines techniques leur permettant de s'assurer de prendre une décision juste. Ainsi, lorsqu'une infirmière doute de l'état de santé réel d'un patient, elle le questionne afin d'objectiver ses symptômes.

*On les questionne beaucoup. On évite de suggérer des symptômes. Supposons que quelqu'un va me dire : « J'ai une douleur rétro-sternale », bien il ne dit pas ça de même là. « J'ai un poing, je fais une crise d'angine. » OK ? Tu as quoi d'autres ? Là, je le questionne. [...] Pour être objectif, et ne pas être suggestif.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

À ce titre, plusieurs infirmières se basent sur leurs années d'expériences et leur jugement clinique pour discerner le vrai du faux. Ce qu'elles appellent leur « bagage »



professionnel leur donne l'assurance et la confiance à l'égard de leur jugement clinique, de leur diagnostic et de leurs décisions médicales.

*Quelqu'un dit qu'il a la diarrhée ou qui vomit beaucoup de sang. Là il veut aller consulter à l'urgence et il faut absolument qu'il aille à l'urgence parce que là, il vomit du sang puis il va mourir. Bien on l'envoie là [en cellule d'admission] et on fait de l'observation. Puis on lui dit : « Quand t'auras vomis, dis-le moi que je vienne vérifier. » Il faut objectiver ce qu'ils nous disent aussi. Moi, je ne l'enverrai pas nécessairement à l'urgence parce qu'il nous dit qu'il vomit du sang. Moi, il faut que je le voie. Ça fait qu'on les envoie là, puis on fait de l'observation. Quand il vomit du sang, bien il nous le dit. Ça fait qu'on peut observer puis dire qu'effectivement, il y a un problème.*

*(Sarah, infirmière clinicienne, petit établissement)*

Les médecins rencontrés disent procéder de la même façon. En effet, ils indiquent aussi demeurer sur leur garde et tenter de rester le plus objectif possible dans leur évaluation physique du patient.

*C'est sûr qu'on peut se demander s'ils n'exagèrent pas un petit peu pour avoir plus de narcotiques, [...] te demander un petit peu si c'est plus parce qu'elles en ont besoin parce qu'elles sont « addict », et pas nécessairement pour soulager la douleur. Ça fait que c'est sûr, qu'on a toujours ce petit doute là en arrière de la tête aussi. Au départ, j'essaie d'être la plus objective possible et de vraiment évaluer la douleur. Puis avec mon examen physique de voir est-ce que vraiment ça fait mal ?*

*(Sophie, médecin, moyen établissement)*

#### *b) Collaboration entre les différents intervenants du milieu carcéral*

Aux dires des intervenants médicaux rencontrés, la collaboration avec les agents correctionnels est essentielle lorsque le personnel médical perçoit une forme de manipulation de la part des détenus. Cette stratégie est abordée tant chez les médecins que chez les infirmières.

*Règle générale, [...] on y va chacune notre semaine, finalement et on essaie. Si par exemple une est intervenue dans un dossier qui n'a pas d'urgence, que ce soit toujours la même qui intervienne. Sauf que des fois ce n'est pas la bonne semaine et il y a quelque chose à régler, donc on intervient aussi. [...] Mais il y a des clients où stratégiquement, c'est le « fun » que les deux interviennent, parce que finalement quand on dit deux fois la même chose, à ce moment-là, pour le gars qui entend, c'est beaucoup plus difficile après de renégocier ou de redemander. Ça ferme des portes aussi à de multiples demandes et à de multiples tentatives. Alors c'est beaucoup plus facile à deux, à ce moment-là d'intervenir, de recadrer et de replacer le problème et de ne pas se faire menacer, embarquer ou harceler.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

Cette collaboration entre les infirmières permet d'alléger leurs interventions auprès de certains détenus qu'elles considèrent comme difficiles.

*Ça fait qu'il y en a qu'on se le dit. Moi, celui-là, je ne suis plus capable. Heureusement, ce ne sont pas les mêmes [...] des fois qui nous tombent sur les nerfs. Puis des fois, on est plus fatiguées. Nous aussi on a nos familles, nos problèmes de famille. Il ne faut pas les amener ici, mais des fois tu arrives plus fatiguée que d'autres. Ça fait que là : « Celui-là, je ne veux pas le voir, ça ne me tente pas. Ça ne fera pas une bonne entrevue. » Ça fait qu'on se le dit entre nous. Puis c'est correct : « Moi ça ne me dérange pas, moi je suis capable de le voir ». Ça fait qu'on essaie de s'échanger ça.*

*(Élise, infirmière clinicienne, moyen établissement)*

À l'opposé, pour une infirmière qui travaille constamment seule, le fait de ne pas pouvoir faire appel à cette stratégie représente un désavantage certain.

*Les toxicomanes, ce sont des gens très manipulateurs, en général, et très menteurs, et très demandants. Ça fait que rajoute là-dessus des troubles de la personnalité assez sévères. Rajoute là-dessus des psychiatriques désorganisés, ça devient lourd. [...] Une sentence de six mois, sentence de huit mois, c'est long quand tu as un tannant ! Quand tu as quelqu'un qui te gruge ton énergie et que tu n'as pas personne à qui le référer. Tu es toute seule. Tu ne peux pas dire : « Bien occupes-toi en une couple de semaines, le temps que je respire un peu. » Tu es seule. Ça c'est lourd.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Nos interviewés indiquent que le travail d'équipe permet aussi de mieux surveiller les détenus et sert parfois de complément d'informations à propos de leur état de santé ou de leurs comportements. De même, dans certains cas plus problématiques, tout le personnel de la détention, incluant la direction, est mis à profit dans la gestion des comportements d'un détenu.

*Ça fait qu'il y en a là, que je te dirais, qu'il faut tenir très, très, très serrés. Très, très, très serrés. Il faut que tout le monde soit de concertation pour dire, avec les chefs, la direction : « Écoute, on fait une note et on fait ça, ça et ça, et on le respecte. »*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

### *c) Les tendances de prescription des médecins*

L'inobservance de la médication prescrite en détention est une problématique mise en lumière par les propos des médecins que nous avons rencontrés. Compte tenu de la présence du trafic de médicaments à l'intérieur des centres de détention, l'inobservance fait référence aux détenus qui abusent de prescriptions en circulation mais également à ceux qui ne prennent pas les médicaments qui leur sont prescrits, notamment pour des raisons d'extorsion.

*Majoritairement, ce sont des gars qui utilisent mal les traitements qui leur sont prescrits. Des fois de façon abusive, des fois il y a toute une négociation par rapport à l'usage et l'emploi de traitement de pompes, etc. [...] On ne sait jamais s'ils les prennent leurs médicaments. À moins de l'avaler devant nous et qu'on regarde dans la bouche après. On n'est jamais sûrs de rien. [pause] C'est assez pathétique.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

Pour cette raison, entre autres, les médecins rencontrés disent faire preuve de vigilance à l'égard de la prescription de certains médicaments, comme les benzodiazépines et les narcotiques. Perçues souvent comme exigeantes ou abusives par les médecins, les demandes de médications incitent et forcent les médecins à une grande vigilance.

En raison des protocoles mis en place pour l'utilisation des benzodiazépines dans l'ensemble des détentions du Québec, les médecins interviewés expliquent que leur objectif en matière de prescription est de diminuer au maximum les prescriptions de ce type de médicaments pendant la détention pour éventuellement permettre aux détenus de repartir sur de nouvelles bases. De plus, pour certains médecins, le lien de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients en détention est moins solide que celui qu'ils peuvent établir avec leurs patients réguliers. Pour ces deux raisons, les médecins rencontrés indiquent être plus conservateurs dans le type de molécules et le dosage prescrits.

Toutefois, selon certains, la présence de consignes claires avec les détenus sur le trafic illicite de médicaments facilite l'application des conséquences que les détenus devront assumer.

*Mais les consignes sont très claires par rapport à l'accumulation, par rapport au trafic. Donc avec les « benzos » et les narcotiques, on donne les directives, on les répète et ils savent aussi les conséquences. [...] Ils savent les conséquences et c'est appliqué. Donc, règle générale, les gars ne peuvent pas être surpris; ils savent ce qui s'en vient si jamais il y a des...Je ne vous dis pas qu'ils n'essayent pas, mais à ce moment-là, c'est beaucoup plus facile de gérer quand on coupe ou quand on diminue ou quand il y a des conséquences. C'est beaucoup plus facile à gérer.*

*(Pascale, médecin, petit établissement)*

Dans un même ordre d'idées, un autre médecin interviewé indique travailler en établissant des contrats avec les détenus sur le dosage de leurs prescriptions de benzodiazépines tout au long de leur sevrage. Ce médecin soutient que cette méthode facilite la négociation avec les détenus, puisque ceux-ci connaissent précisément et consentent formellement à leur traitement.

*On fait un contrat qu'on appelle. Ça fait que je le sèvre en six semaines. J'écris toutes mes doses, de tel jour à tel jour, il va avoir ça, de tel jour à tel jour il va avoir ça. On en discute ensemble. Je signe ; il signe. Je lui fais une photocopie ; il amène ça dans sa case ou dans son lit. Puis, il peut*

*vérifier lui-même que la prescription est vraiment donnée comme le fait l'entente qu'on a signée. Puis ça va bien. Parce qu'on a signé, parce qu'on le responsabilise.*

*(Marthe, médecin, petit établissement)*

*d) Le formalisme dans les relations entre les professionnels de la santé et les détenus*

Les demandes abusives, les exigences ou les menaces perçues par les intervenants médicaux en détention peuvent créer, par moments, un certain formalisme dans les relations entre les professionnels soignants et les détenus. Lorsque les médecins et les infirmières considèrent qu'un détenu dépasse les limites établies, ils peuvent utiliser leur autorité pour faire sortir un détenu, lui demander de renouveler sa demande quand celui-ci sera dans de meilleures dispositions et lui refuser une prise en charge dans l'immédiat. À la lumière des entretiens effectués, cette situation semble particulièrement présente dans la réalité des infirmières.

*Puis à un moment donné, rien que de voir le nom, tu veux vomir là. Tu ne sais plus quoi faire. [...] Tu le sais toi, que le travail physique est stable. S'il est diabétique, il est stable, il a ses médicaments. Tu ne pourras pas rien faire de plus, mais ce n'est jamais correct. Ce n'est jamais correct. Il y a toujours quelque chose. Ça fait qu'à un moment donné, c'est bon là, je vous vois, aujourd'hui; je vous revois dans deux semaines. Point à la ligne. D'ici là, je ne veux pas aucun mémo, vous faites vos demandes sur une feuille de papier, puis quand on se reverra dans deux semaines, vous m'en parlerez.*

*(Mathilde, infirmière, petit établissement)*

Les menaces, la violence verbale et les insultes font partie des principales raisons évoquées par les infirmières pour refuser de traiter un patient. Une infirmière souligne le fait que dans une pratique en clinique, elle aurait moins d'autorité pour faire sortir un patient qu'elle en a en détention.

*Je n'aime pas quand on crie après moi. Je ne crie pas après personne, on ne crie pas après moi. La directrice me trouvait drôle, mais c'est collé depuis ce temps-là. Il faut qu'ils le lisent dans l'entrée. Celui qui sacre, qui*

*n'est pas respectueux, il sort. C'est ça la différence. C'est que dans un hôpital, même s'il sacre après, bien c'est...bien tu sais, ce n'est pas le même contexte. Tu sais, quelqu'un engueule du monde, c'est sûr ça arrive aussi. Mais tu n'as pas de pouvoir, il faut que tu l'endures. Mais ici, on en a du pouvoir, dans le sens où si tu cries après moi ou quelque chose, c'est bien de valeur, mais tu vas aller te faire soigner ailleurs.*

*(Hélène, infirmière, petit établissement)*

#### **4. RETOUR SUR LES GRANDES TENDANCES TIRÉES DES ANALYSES**

Au cours de ce chapitre, nous avons présenté les différents aspects de la pratique professionnelle médicale en détention. Les analyses que nous avons réalisées auprès du personnel médical de six établissements de détention québécois, nous ont permis de regrouper leurs propos en trois grandes dimensions : le contexte d'exercice de la profession médicale en détention, le mandat confié au personnel médical ainsi que le regard porté sur le patient détenu et les stratégies d'intervention associées.

D'abord, le contexte d'exercice de la pratique professionnelle en détention permet de mettre en lumière la spécificité de la prise en charge médicale en milieu carcéral. D'une part, le statut professionnel du personnel médical se distingue du personnel de surveillance des établissements et de l'administration carcérale. Nos résultats suggèrent que le port d'attache au MSSS ou au MSP a un impact considérable sur le regard porté à la pratique professionnelle médicale. En cohérence avec la littérature, cette distinction importante entre les employés d'un même établissement joue en faveur du personnel médical lors d'une négociation (Milly, 2001), mais peut également être une source de conflits non négligeable entre les membres du personnel médical et du personnel de surveillance (Rostaing, 1997). Par exemple, nos résultats soutiennent que le soin de santé en milieu carcéral revêt un caractère indispensable en détention, même pour l'administration pénitentiaire et peut agir comme un argument persuasif lorsqu'une décision se retrouve coincée entre la logique médicale et la logique carcérale. Par contre, il peut aussi être une source de conflits entre les infirmières et les agents correctionnels lors d'un transfert en urgence dans un centre hospitalier, en ce qui concerne le secret

médical ou en ce qui a trait à la distribution de médicaments. Néanmoins, il semble que dans l'urgence, la santé prime sur la sécurité. Comme Milly (2001) l'explique, puisque le droit à la santé touche à la vie humaine et puisque les infirmières et les médecins sont souvent perçus comme seuls experts en leur domaine, la primauté des soins paraît « intouchable ». Nos résultats vont dans le même sens.

D'autre part, l'autonomie d'action des infirmières en détention permet de distinguer leur pratique professionnelle de celle des infirmières qui travaillent dans les hôpitaux ou en clinique. Même si l'objectif de notre étude n'est pas d'en faire une analyse comparative, les propos de nos participants font cette distinction à plusieurs reprises et nous jugeons pertinent d'en rendre compte dans nos résultats. Ainsi, la responsabilité à l'égard des prises de décisions, la liberté d'action, la confiance que les médecins portent à leur égard sont tous des éléments qui contribuent à cette autonomie élargie dans la pratique des infirmières en milieu carcéral. Si Milly (2001) réfère à cette autonomie élargie dans la pratique du personnel soignant en détention, il en parle plutôt en opposition avec l'administration pénitentiaire et le personnel de surveillance. Nos résultats suggèrent plutôt une autonomie chez les infirmières en comparaison avec leur pratique régulière auprès de la population générale. En quelque sorte, ce serait le contexte carcéral et son système de contraintes qui faciliteraient, voire « obligeraient », cette autonomie.

Pour poursuivre, la seconde grande dimension de nos analyses révèle qu'en plus du mandat de soigner, le personnel médical des établissements de détention se voit remplir un vaste mandat qui semble, à certains égards, contradictoire avec leur rôle premier. Nous avons qualifié cette particularité comme l'éclatement des rôles professionnels. D'abord, le mandat initial en est un de soins au sein duquel s'effectuent une prise en charge médicale d'urgence et une prise en charge ponctuelle d'un problème de santé donné. À ce sujet, les discours varient : certains en parlent comme une pratique d'urgence alors que d'autres disent que leur établissement n'est pas équipé pour répondre à cette urgence. Cette divergence de propos est en grande partie due aux

différences entre les établissements : la taille de l'établissement justifiant souvent l'équipement et les ressources des unités de soins.

En plus d'une approche médicale dite de « sans rendez-vous », les soignants sont également amenés à effectuer un travail, bien que limité, de bilans, de suivis, et de stabilisation de leurs patients. Encore ici, les discours se divisent. Certains soignants semblent intégrer cette partie du mandat dans leur pratique alors que d'autres ont une vision plus pessimiste et mettent de l'avant les contraintes les empêchant de pleinement l'intégrer. Puis, le mandat de soins s'élargit, devient plus vaste en intégrant le soutien psychologique, la surveillance et le contrôle. Ce double mandat peut en apparence sembler contradictoire, mais nos résultats montrent qu'il est adopté, de façon générale, par l'ensemble des membres du personnel médical à divers degrés, en fonction des situations et en fonction des patients. Enfin, le mandat du personnel médical est complété par des fonctions de prévention, d'éducation et d'enseignement. Ce volet de promotion de la santé est lié intimement à des objectifs d'autonomisation et de responsabilisation des patients détenus.

En complément, la pratique professionnelle médicale en détention est caractérisée par le regard de ceux qui prodiguent les soins sur leurs patients détenus. Nos analyses nous montrent que le personnel soignant se crée différentes représentations de la population carcérale. Ces diverses représentations les amènent à développer des stratégies leur permettant d'intervenir auprès d'une clientèle aux multiples visages. Si le regard qu'ils portent est marqué par le non-jugement, les détenus peuvent être vus comme des personnes vulnérables et physiquement mal en point. À l'opposé, les détenus peuvent aussi être perçus comme des individus menaçants, manipulateurs et exigeants. En ce sens, le personnel médical est assez vigilant, voire même conservateur, dans certaines de leurs pratiques. Nous avons vu notamment que la tendance dans les prescriptions, les pratiques de surveillance, la collaboration avec les différents acteurs du milieu carcéral et le formalisme dans les relations peuvent en être affectés.



En outre, la médication est un thème qui revient fréquemment dans le discours des membres du personnel médical que nous avons rencontrés et nos analyses révèlent que les médicaments représentent un enjeu qui influence diverses sphères de la pratique médicale en détention. La dangerosité associée au mésusage des médicaments et au trafic qui s'opère dans les établissements de détention peut teinter le regard que les praticiens portent sur certains de leurs patients détenus, soit du côté de la vulnérabilité si un patient est susceptible de se faire taxer sa médication, ou encore du côté de la manipulation ou de la dangerosité, s'ils pensent qu'un patient est susceptible de ne pas suivre sa prescription ou d'exagérer une condition dans le but d'obtenir des médicaments. Ainsi, pour palier à cette problématique entourant la demande accrue de médication, les professionnels de la santé tendent à adopter des attitudes plus conservatrices ou des comportements de surveillance. Ces résultats sont révélateurs de la spécificité de la pratique médicale carcérale. Plusieurs médecins disent ouvertement ne pas adopter le même genre de pratiques avec leurs patients détenus qu'auprès de leurs patients issus de la population générale.

Enfin, à différents niveaux de l'analyse des pratiques professionnelles médicales en détention, la question de la responsabilisation des détenus est mise de l'avant par les infirmières et les médecins rencontrés. Cette responsabilisation du patient détenu est d'abord vécue comme une responsabilité professionnelle. Les pratiques liées à la prévention, à l'information et à l'enseignement font intrinsèquement partie de la profession médicale, que celles-ci se situent à l'hôpital, en clinique ou en milieu carcéral. Puis, le personnel médical exerce son rôle à l'égard de la responsabilisation des détenus de nombreuses façons, soit pour les rendre autonomes dans leurs soins, ou pour négocier la prescription de certains médicaments problématiques en milieu carcéral. Nous questionnons alors cette responsabilisation du patient détenu dans un contexte où celui-ci peut-être perçu comme un risque et une menace. En outre, le lien de confiance entre les professionnels et les patients détenus est une clé à la responsabilisation. Mais qu'advient-il de ce lien de confiance dans un contexte où même le personnel médical est

amené à faire du contrôle et de la surveillance ? Ces questionnements permettront de fonder la discussion de nos résultats dans le prochain chapitre.

## **Chapitre IV**

### **Les pratiques professionnelles médicales à travers la responsabilisation du patient détenu**

Dans la présentation du cadre conceptuel, en introduction du second chapitre, nous avons discuté des courants théoriques de la gestion du risque et de la *nouvelle santé publique*. Nous les avons d'abord présentés succinctement de façon chronologique afin de mettre en contexte l'évolution idéologique ayant mené à leur signification au sein du système de justice pénale, mais nous les avons également présentés en fonction de l'intérêt conceptuel de leur rencontre au sein d'un système de contraintes qu'est le milieu carcéral. Cette analyse théorique a permis, entre autres, de faire ressortir les contradictions entre la volonté de responsabilisation des individus à l'égard de leur santé, issue de l'approche de gestion du risque et de son évolution avec la néolibéralisation de l'État, et les réalités carcérales qui se heurtent aux contraintes matérielles et populationnelles.

Il ressort de notre étude que les personnes incarcérées montrent, de façon générale, un profil de santé physique et mentale qui demande une assistance médicale parfois importante. La littérature, telle que nous l'avons présentée au premier chapitre en fait état; nos résultats aussi. La population carcérale des établissements de détention au Québec est psychologiquement et physiquement vulnérable. Cette réalité est indéniable. Pourtant, la mise en lumière théorique des politiques actuelles de santé publique et de leur vision d'un individu autonome, autorégulé et capable d'une prise en charge rationnelle de sa santé, nous permet de rendre compte du fossé qui existe entre le mode de gouvernance néolibérale s'étant immiscée au sein des établissements de détention. La responsabilisation, l'autorégulation et l'autonomie font partie d'un mode d'intervention réel en milieu carcéral mais qui se heurte à de nombreux obstacles. Le profil de la population carcérale fait partie de ces obstacles mais aussi le caractère coercitif et toujours total des institutions carcérales.

Ainsi, nos résultats montrent l'importance qu'occupe la responsabilisation dans les pratiques professionnelles médicales et le rôle clé que joue la relation thérapeutique entre les soignants et les patients détenus pour que cette responsabilisation puisse émerger. Surtout, l'application des règles issues de la *nouvelle santé publique* soulève des enjeux et des contradictions lorsqu'elle occupe l'espace carcéral.

Nous avons divisé ce dernier chapitre en trois parties distinctes. La première expose les paradoxes de la pratique médicale carcérale quant à la responsabilisation du patient détenu. Dans cette section, nous nous sommes intéressée à analyser de quelle façon se construit la responsabilisation du patient détenu et la manière dont celle-ci peut s'exercer dans un milieu à risque. La seconde partie se concentre sur la forme que peut prendre la responsabilisation en tant que responsabilité professionnelle mais également sur ses limites, tant au niveau de l'engagement professionnel qu'au niveau de la relation thérapeutique. La dernière partie du chapitre met en lumière la spécificité de la pratique médicale carcérale dans son contexte d'exercice mais également dans les particularités de la pratique des soins infirmiers en détention. Enfin, notre réflexion nous conduit à nous interroger sur la période d'incarcération comme moment approprié de responsabilisation des détenus.

## **1. LES PARADOXES DE LA PRATIQUE MÉDICALE CARCÉRALE : LA RESPONSABILISATION DES DÉTENUS DANS UN CONTEXTE MARQUÉ DE CONTRAINTES**

Nos données montrent que le personnel de santé des institutions carcérales tend à voir le détenu comme responsable de son état de santé étant donné les comportements à risques qu'il pratique lorsqu'il vit en communauté. Les détenus sont souvent perçus comme des individus qui ne priorisent pas leur santé et qui ne consultent pas ou très peu de médecins en dehors de l'incarcération. Pour les membres du personnel médical rencontrés, cette situation est d'autant plus criante lorsque les problématiques de santé ne montrent pas de signes visibles ou notables comme par exemple chez les patients

toxicomanes. Or, la *nouvelle santé publique* lutte contre les comportements à risques (Robert et Frigon, 2006). Dans ce contexte, la maladie est perçue comme le résultat de comportements délibérés et irresponsables, bien qu'irrationnels. À titre d'exemple, les détenus toxicomanes sont perçus comme des individus qui consomment volontairement tout en étant conscients des conséquences liées à ce comportement. Cette croyance est présente dans les propos des professionnels de la santé que nous avons rencontrés et elle suggère une forme de jugement dans le regard que portent les professionnels sur leurs patients détenus. Ainsi, certains médecins vont dire qu'il n'est pas étonnant, en détention, de retrouver des patients aussi mal en point physiquement puisque ce sont des individus qui ne se préoccupent pas de leur santé à l'extérieur de la prison. De même, plusieurs infirmières vont indiquer que si les détenus agissent de manière irresponsable en prison en faisant une mauvaise utilisation de leur médication ou en ne suivant pas la diète qui leur est prescrite, ils ne se comporteront pas différemment une fois à l'extérieur des murs.

On constate donc ici que la tendance à responsabiliser les individus en raison de leurs actes est partagée par le personnel médical des institutions carcérales. En dépit du fait que certains de nos interviewés mettent l'accent sur le caractère fragile ou vulnérable de la population qu'ils doivent soigner et que certains de leurs propos soulignent leur refus de juger le détenu à la lumière de ses actes délictuels, il reste qu'avant toute chose, ces patients sont considérés responsables de leur état de santé et ils sont jugés comme tels.

Cette perspective omet toutefois de prendre en considération la complexité du rapport à la santé ou aux risques de contracter une maladie (Robert et Frigon, 2006). Effectivement, la *nouvelle santé publique* suppose que l'individu possède une juste compréhension de la maladie et des moyens à mettre en œuvre pour la prévenir ; que celui-ci souhaite consciemment garder le contrôle sur son futur et qu'il perçoit une liberté de choix dans les moyens qu'il peut mettre en place. Or, est-il besoin de le rappeler, les personnes incarcérées sont souvent issues de milieux socioéconomiques défavorisés et ont typiquement un niveau d'éducation plus faible (Wacquant, 2009). De

plus, comme nous l'avons abordé dans le premier chapitre, des problèmes de toxicomanie leur sont souvent associés (Service correctionnel du Canada, 2004; Poulin et al., 2007; Zakaria et al., 2010), complexifiant davantage le rapport au corps et à la maladie. Les problèmes de toxicomanie ne sont pas nécessairement compatibles avec la liberté de choix et la conscience de pouvoir avoir le contrôle sur son futur. Ils sont davantage synonymes de contraintes et de vision à court terme. Il s'agit là d'une première contradiction entre la volonté de responsabilisation, issue de l'objectif de gestion du risque et mise en place par la nouvelle santé publique, et la population à qui s'adresse ce message.

De plus, le contexte dans lequel se retrouvent ces détenus n'est pas favorable à une prise en charge personnelle et constructive de leur santé. D'une part, leur liberté d'action est très restreinte. Les choix qu'ils peuvent exercer afin de mettre en place une meilleure hygiène de vie, tant au niveau de l'alimentation que de la pratique sportive, sont largement limités, voire même absents. Les professionnels de la santé que nous avons rencontrés l'ont eux-mêmes relevé. D'autre part, des auteurs ont démontré que l'enfermement et les conditions dans lesquelles se retrouvent les détenus avaient un impact sur les conditions physiques des personnes incarcérées. Effectivement, les conditions de détention sont souvent synonymes de promiscuité entre les individus, d'insalubrité des établissements, de manque de lumière, de restriction du champ de vision et d'alimentation de piètre qualité. Ce sont tous des facteurs qui ont une influence sur l'état de santé physique des personnes incarcérées et les problématiques de santé qui leur sont associées sont multiples et variées : troubles alimentaires, surpoids, problèmes de santé liées à l'hygiène, problèmes dermatologiques, dentaires et oculaires (Lécu, 2013).

Parallèlement, le patient détenu est non seulement considéré par le personnel soignant comme responsable de son état de santé lorsqu'il arrive en détention, mais dans une certaine mesure, il est présenté comme responsable – c'est-à-dire comme devant être personnellement et directement actif – des moyens pris pour améliorer sa santé et des

résultats qu'il obtient. Ainsi, il doit devenir autonome dans les soins et les traitements nécessaires à sa condition. Il s'agit là d'une seconde contradiction, c'est-à-dire cette volonté de responsabilisation de la personne incarcérée à l'égard de sa santé dans un contexte où les plus à même d'agir, soit le personnel médical, se plaignent du manque de moyens à leur disposition. Effectivement, le personnel médical rencontré évoque en grand nombre les problèmes institutionnels liés au manque de ressources, aux transferts incessants des détenus, aux difficultés de communication entre les établissements et à la surpopulation carcérale. Ces carences dont souffre le milieu carcéral posent un obstacle considérable à une forme d'autogestion de la part des détenus. En effet, la surpopulation carcérale entraîne une prise en charge médicale inadéquate (Iftene et Manson, 2013) et exacerbe le manque de moyens déjà caractéristique des établissements de détention. Le transfert des détenus d'un établissement à l'autre et la double occupation cellulaire sont les mesures les plus utilisées par le ministère de la Sécurité publique pour palier au problème de la surpopulation (Protecteur du citoyen, 2013). Les répercussions de ces différentes pratiques sur les conditions d'hygiène, la distribution de médicaments et la tenue des rendez-vous médicaux sont indéniables. Ainsi, puisque les contraintes institutionnelles posent des limites importantes à la prise en charge que peuvent effectuer les professionnels de la santé, le détenu se retrouve en devoir d'en assurer la responsabilité. Cette situation, prise en compte dans ce contexte particulier, semble peu viable.

Concernant les changements récents du système judiciaire et des institutions pénales, Quirion et al. (2012) considèrent que l'institution carcérale, en tant qu'environnement total, aurait graduellement laissé place à un mode d'intervention plus subtil où chaque individu serait appelé à exercer une forme d'autodiscipline et d'autorégulation, ce que nos données corroborent. Dans la littérature, la notion de responsabilisation renvoie à la fois à l'idée d'impliquer un individu dans la résolution de ses problèmes ainsi qu'à celle de le contraindre à participer à son propre plan d'intervention (Quirion et al., 2012). Si cette tendance s'avère réelle en ce qui concerne le plan d'intervention correctionnel, nos

données montrent que cette responsabilisation est aussi vraie concernant les soins et les traitements de la santé en détention.

La responsabilisation regroupe ainsi toutes les stratégies dont l'objectif est de favoriser la participation des individus qu'elles visent (Quirion et al., 2012). De cette façon, la responsabilisation vise à amener les individus à assumer la responsabilité de leur propre prise en charge et les résultats qui y sont associés. Par la même occasion, cette responsabilisation permet de préparer le détenu à la prise en charge de sa santé qu'il devra assumer à sa sortie. Dans cet esprit, certains auteurs définissent la responsabilisation comme le processus par lequel les individus sont appelés à assumer une responsabilité personnelle par rapport à leur choix de vie, leurs conditions d'existence et leur trajectoire sociale et institutionnelle. Le justiciable n'est plus considéré comme un individu passif : il doit s'impliquer et collaborer à la résolution de ses problèmes. Cette stratégie d'intervention s'inscrit dans le champ de l'*empowerment* qui, selon Lebossé (2003), a comme objectif principal d'amener le justiciable à recouvrer le contrôle de sa propre existence.

Or, l'incarcération porte atteinte à la capacité des individus d'exercer sur eux-mêmes une forme de contrôle personnel (Goodstein, MacKenzie et Shotland, 1984). Certains auteurs montrent qu'en plus de restreindre leur liberté de choix, l'environnement carcéral empêche les condamnés d'entrevoir et d'exercer un réel contrôle sur leur futur. Pourtant, la responsabilisation est une caractéristique clé des courants théoriques qui traversent les institutions pénales et l'espace carcéral. Nous nous interrogeons alors sur cette question de responsabilisation, telle qu'elle prend forme dans les pratiques professionnelles médicales, alors que les patients détenus se trouvent en situation où ils ont si peu d'emprise sur leur santé et sur les moyens mis en place pour l'améliorer. Nos analyses suggèrent que la *nouvelle santé publique* et la volonté de responsabilisation peuvent difficilement occuper une telle place auprès d'une population carcérale qui n'a pas nécessairement les moyens d'y parvenir, qui plus est, au sein d'un système qui malgré tout, se veut coercitif et contraignant.



## **2. LA RESPONSABILISATION LIMITÉE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ**

### **2.1 La responsabilisation du patient en tant que responsabilité professionnelle**

Nos données montrent que la responsabilisation du patient détenu fait partie, à différents niveaux, de la responsabilité professionnelle du personnel médical. Par exemple, la question de la responsabilisation est intégrée aux fonctions du volet promotion de la santé, éducation et enseignement telles qu'elles sont perçues par les professionnels lorsqu'ils décrivent leur mandat.

La responsabilité professionnelle est aussi liée aux risques associés à l'incarcération et aux conditions dans lesquelles s'exerce le travail des professionnels. Comme nous l'avons déjà abordé dans le premier chapitre, étant donné la prévalence importante des troubles de santé mentale en détention, les risques de suicide et d'automutilation y sont particulièrement accrus. De plus, les problématiques liées au trafic, à l'extorsion ainsi qu'au mésusage des médicaments viennent accroître les risques médicaux et sanitaires et donnent un sens particulier à la notion de responsabilité professionnelle. Étant donné les dangers associés, la responsabilisation du patient ne se limite donc pas uniquement à la promotion de la santé mais consiste en une éducation à l'égard des comportements à risques.

Aussi, pour les membres du personnel médical rencontrés, la responsabilisation du patient détenu signifie également de rendre les patients détenus autonomes dans leurs soins. Toutefois, cette prise en charge peut rencontrer des obstacles liés aux risques et au potentiel de dangerosité qu'ils peuvent représenter. Pour un détenu souffrant de diabète et dont les traitements nécessitent des aiguilles et de l'insuline, il devient plus difficile de le responsabiliser étant donné le risque que cela représente pour sa propre santé ou celle des autres détenus. Cet exemple n'est pas exceptionnel. En considérant la diversité des problèmes médicaux en détention, les exigences médicales sont souvent confrontées aux règles carcérales.

## 2.2 L'engagement professionnel à l'égard de cette responsabilisation

Malgré le fait que la responsabilisation du patient détenu fait, à plusieurs égards, partie du mandat professionnel du personnel médical, nos analyses ont permis de faire ressortir que la responsabilité professionnelle est intégrée à divers niveaux en fonction de la personne qui exerce les soins mais également en fonction de la profession, infirmière ou médecin.

D'abord, l'analyse des entretiens réalisés fait ressortir deux visions différentes des professionnels de la santé à l'égard de la responsabilisation des détenus : d'une part, les professionnels ayant une vision positive du détenu et qui croient en son potentiel de changement, de réinsertion et d'abandon des comportements problématiques et d'autre part, les professionnels qui n'entrevoient pas d'avenir pour les détenus en raison du cercle vicieux de l'institution pénale qui, à leur avis, n'offre pas de réelles possibilités de changements pour le condamné. Dans une certaine mesure, chez les professionnels de la santé faisant partie de la seconde catégorie, se met en place une déresponsabilisation à l'égard de l'amélioration de la santé des détenus, puisque qu'ils considèrent que l'environnement carcéral n'est pas adapté à ce type d'intervention.

On constate ici aussi un paradoxe où coexistent cette forme, bien que limitée, de déresponsabilisation du personnel médical et, comme nos entrevues l'ont fait ressortir, un fort sentiment de responsabilité de ce même personnel. Effectivement, dans nos entretiens, l'autonomie d'action des infirmières ainsi que l'indépendance professionnelle des membres du personnel médical sont des éléments qui contribuent à promouvoir l'engagement et l'implication professionnelle chez les soignants rencontrés. Toutefois, une tension importante émerge puisque d'une part, les membres du personnel médical œuvrent au sein d'un environnement de travail où les risques sont élevés et nombreux. À titre d'exemples, les suicides, les diverses formes d'automutilations, la dangerosité liée au trafic de médicaments sont des situations qui témoignent des risques faisant partie de la réalité carcérale quotidienne. D'autre part, les infirmières et les médecins des

établissements de détention visités travaillent dans un contexte où leurs décisions et leurs pratiques sont considérées comme indispensables au sein duquel ils possèdent une grande liberté d'action. La reconnaissance de leur statut et de leurs fonctions par les autres acteurs pénitentiaires contribue à accentuer le poids de la responsabilité qu'ils doivent assumer. C'est dans ce contexte de risques et de responsabilité qu'une tension émerge puisqu'il ressort de nos analyses que sur certains aspects de la pratique médicale, le personnel médical présente certaines réticences à s'y engager réellement.

Ces réticences à s'engager se remarquent principalement sous deux formes. D'abord, malgré le non-jugement qui caractérise le regard de la majorité des membres du personnel médical qu'ils disent porter sur le patient détenu, nos analyses font tout de même ressortir une certaine forme de jugement à l'égard des comportements à risques, du mode de vie à l'extérieur des établissements et de l'attention portée à la santé. De plus, certains membres du personnel soignant présentent des attitudes plutôt négatives à l'égard de leurs patients détenus en soutenant qu'ils sont manipulateurs, qu'ils ont tendance à exagérer leurs symptômes, qu'ils veulent des médicaments pour s'intoxiquer ou encore qu'ils ne démontrent pas de volonté à prendre leur santé en main.

Ainsi, nos analyses font d'une part ressortir une forme de désengagement lorsque les membres du personnel médical insistent sur les limites de leur pratique liée au manque de moyens, au manque de formation, à la surpopulation des établissements ou aux transferts incessants des détenus. Par ailleurs, dans une certaine mesure, nos analyses mettent également en lumière un manque de proactivité et une certaine forme d'inertie quant à l'engagement pour l'amélioration de la santé des détenus. Certains discours portant sur la volonté réelle des détenus de prendre leur santé en main suggèrent une déresponsabilisation de leur mandat.

Ces résultats entrent en cohérence avec les propos d'auteurs s'étant intéressés à la question de la responsabilisation au sein des institutions pénales. Effectivement, Quirion et al. (2012) suggèrent que l'utilisation de stratégies d'intervention ayant pour objectif la

responsabilisation des justiciables permet de mettre en évidence la tendance à une déresponsabilisation parallèle des intervenants sociaux. Sans parler de vase communicant entre la responsabilisation des uns versus la déresponsabilisation des autres, la responsabilité du plan d'intervention correctionnel et du déroulement de la trajectoire institutionnelle étant mise entre les mains des personnes incarcérées, les intervenants concernés dans les dossiers des détenus peuvent être amenés à se déresponsabiliser à l'égard des résultats obtenus (Quirion et al., 2012). Dans une certaine mesure, la prise en charge médicale des détenus dans les établissements de détention provinciaux du Québec fait face au même phénomène.

### 2.3 La place du lien de confiance entre les professionnels médicaux et les détenus en matière de responsabilisation

La qualité du lien relationnel entre l'infirmière et le patient constitue une dimension fondamentale de la pratique professionnelle (Holmes, 2001) et le développement d'un lien de confiance fait partie des fondements de toute relation thérapeutique et relation de soins. La question du lien de confiance est donc tout aussi importante entre les professionnels de la santé en détention et les patients détenus que dans les milieux de soins conventionnels. Les entretiens que nous avons menés ont permis de faire ressortir cet aspect de la pratique professionnelle soignante en prison. Toutefois, il semble que le contexte carcéral dans lequel s'exerce le soin complexifie la relation thérapeutique qui se développe entre le soignant et le soigné.

D'abord, les occasions de développer un lien de confiance se manifestent dans plusieurs aspects de la pratique professionnelle en détention, notamment dans les fonctions liées à la relation d'aide et dans le non-jugement – à tout le moins par rapport au délit commis – dans le regard posé par le personnel médical sur les détenus. Nos analyses font également la lumière sur le fait que le lien de confiance facilite la mise en œuvre de certaines pratiques de responsabilisation comme l'autonomie dans les soins. À contrario, un lien de confiance moins marqué peut donner lieu à des pratiques se rapprochant de

l'infantilisation ou du maternage. Ainsi, la responsabilisation et l'autonomisation des détenus peuvent être limitées par la pauvreté du lien de confiance.

De plus, la motivation d'un patient à l'égard de sa santé et des comportements qu'il doit adopter pour améliorer sa condition, telle qu'elle est perçue par le personnel médical, a un impact sur sa responsabilisation. Nos analyses montrent qu'une perception positive de cette motivation incitera le professionnel à entreprendre des démarches pour responsabiliser le patient. Au contraire, la représentation « figée » d'un détenu comme un individu irresponsable pour qui la santé n'est pas prioritaire va souvent de pair avec une vision pessimiste de l'avenir des détenus et une déresponsabilisation à l'égard de leur santé. De surcroît, le rôle de promotion de la santé, d'éducation et d'enseignement ne sera pas intégré par le professionnel.

Puis, certains éléments de la pratique professionnelle peuvent interférer avec le lien de confiance entre les professionnels de la santé et les détenus. D'abord, l'exercice de certains comportements de surveillance, le besoin d'objectiver les symptômes d'un patient et la vigilance dans la prescription des médicaments sont des facteurs qui peuvent affecter ce lien de confiance à l'égard des patients détenus. En effet, comme nous l'avons déjà abordé, notre analyse révèle que la méfiance est présente dans le regard que les professionnels de la santé posent sur les détenus. La perception des détenus comme des individus manipulateurs est l'élément de notre analyse qui démontre le mieux cette réalité. Puisque les détenus peuvent être perçus comme des individus qui ne disent pas la vérité sur leur état de santé ou sur leurs comportements à risques, les professionnels sont amenés à intégrer des comportements de surveillance ou « d'enquête » dans leur pratique professionnelle. Cette forme de contrôle de la part du personnel soignant peut être directe (recherche d'informations complémentaires auprès de la pharmacie ou du médecin traitant) ou peut se faire indirectement en demandant aux agents correctionnels d'effectuer cette surveillance sur les secteurs de la détention (rapports de sommeil, surveillance de la prise de médicaments et des comportements à risques). Devant ce déplacement du rôle de soins vers un rôle de contrôle, il est possible de penser

que le détenu se méfie également du personnel médical. Milly (2001) y fait référence dans son analyse d'un concept qu'il nomme la « méfiance réciproque ». Ainsi, le travail de longue haleine que peut représenter le développement d'un lien de confiance est directement tributaire de cette méfiance.

### **3. LA SPÉCIFICITÉ DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES DÉTENUS : PARAMÈTRES D'UNE PRATIQUE PROFESSIONNELLE EN MILIEU CARCÉRAL**

#### **3.1 Les particularités du contexte d'exercice de la profession médicale en détention**

À la lumière de notre analyse du mandat ainsi que des représentations et des stratégies d'intervention du personnel médical, nous soutenons que l'aspect relationnel qui s'opère entre les professionnels et les détenus fonctionne sur un continuum où la première extrémité s'impose comme les rapports aux détenus s'apparentant au pouvoir, au contrôle, aux stratégies de surveillance et à la gestion du risque médical. L'autre extrémité inclut les attitudes ou les actes liés aux soins médicaux ou à la relation d'aide. Sur ce continuum s'exécute l'ensemble des comportements, des attitudes et des perceptions que les professionnels de la santé, exerçant en milieu carcéral, démontrent dans leur relation auprès des détenus. Sans forcément se trouver d'une extrémité à l'autre du continuum, ils se nuancent grâce à l'une ou l'autre de ces extrémités.

La manipulation, qui peut être perçue par les professionnels soignants chez certains détenus, encourage le personnel médical à adopter des comportements de contrôle et de surveillance. Évidemment, le milieu carcéral, par son caractère coercitif, exacerbe ces comportements et offre les outils permettant de mettre en place diverses formes de contrôle. Comme nous l'avons vu, ce contrôle peut, bien souvent, s'exercer via les agents correctionnels. À l'opposé, la vulnérabilité ou l'état de santé parfois précaire de certains détenus vont encourager des comportements de « bienveillance » et des attitudes

d'écoute, de compréhension et de relation d'aide. Ces aspects peuvent même prendre beaucoup d'ampleur dans la pratique des infirmières et des médecins en détention.

Il s'agit là d'un autre paradoxe touchant les soins de santé en détention. D'une part, la « bienveillance » inhérente à la relation de soins est bouleversée par le caractère coercitif et contraignant de la prison. La méfiance à l'égard des patients et la gestion des comportements problématiques que les professionnels intègrent à leur pratique sont aussi responsables de ce bouleversement. D'autre part, des représentations du patient détenu viennent nuancer les conclusions de la *nouvelle pénologie* et de la *gestion du risque*. L'indépendance du professionnel, son autonomie ainsi que le regard posé sur le détenu font de la pratique médicale en détention une profession à part. Comme si, malgré le contexte total de l'institution au sein de laquelle elle s'insère, de par ses fonctions et ses fondements, la pratique médicale carcérale au Québec résisterait au strict contrôle et au caractère punitif de l'institution. Comme nous l'avons relevé dans l'exergue du mémoire avec la citation de Dostoïevsky<sup>14</sup>, le personnel médical serait peut-être encore aujourd'hui le refuge des détenus pour échapper à l'oppression de la prison.

### 3.2 L'éclatement du mandat professionnel

L'analyse des professions en milieu carcéral permet à Milly (2001) de dresser un premier constat quant à la diversité des actions et des représentations professionnelles médicales en milieu carcéral. Pour cet auteur, les professionnels médicaux qui exercent en détention peuvent être catégorisés en quatre groupes distincts. Le premier sous-groupe est considéré en fonction de son rapport aux soins et à la consultation médicale. Les membres de ce groupe mettent de l'avant l'acte technique du soin en laissant de côté son aspect relationnel. Pour ceux-ci, la prison comme milieu d'exercice ne fait aucune différence dans leur pratique professionnelle. Le second sous-groupe est à l'opposé du

---

<sup>14</sup> Dostoïevski, Fédor (1860-1862). *Les carnets de la maison morte*, traduit par André Markowicz, collection Babel, Ed. Actes Sud, 1999, p. 104.

premier, en ce sens qu'il affiche et revendique la spécificité de l'exercice des métiers de la santé en milieu carcéral. La troisième catégorie fait référence aux professionnels qui priorisent l'évitement des conflits avec le personnel pénitentiaire. Enfin, les professionnels de la santé faisant partie du dernier sous-groupe mettent l'accent sur les aspects déontologiques et éthiques associés à leur pratique. Cette analyse des logiques d'action en diverses catégories professionnelles permet à l'auteur français de conclure que « *le monde des professionnels de santé en détention apparaît ainsi éclaté* » (p.239). De ce constat, Milly (2001) suggère que les acteurs d'une même profession ne peuvent être considérés comme faisant partie d'une communauté unie, cohérente et homogène. Chaque profession se présenterait plutôt comme une constellation d'acteurs ayant parfois des actions collectives mais plus généralement, comme un ensemble d'acteurs non mobilisés.

Dans le cadre de notre recherche, nos entretiens ne nous permettent pas d'établir une typologie des professions comme le fait Milly (2001), principalement en raison du nombre restreint de professionnels dans chaque sous-groupe de notre échantillon. Par contre, notre analyse du mandat confié aux professionnels de la santé en détention nous permet de faire un parallèle avec la diversité des rôles professionnels attendus du corps médical en détention. Nous y faisons référence en parlant de l'éclatement des rôles professionnels. Ainsi, en fonction de la profession, médecin ou infirmière, en fonction des établissements et en fonction du soignant, ces multiples rôles sont plus ou moins intégrés à la pratique médicale du professionnel. Nous retrouvons des différences quant à la vision du soin en détention, la gestion du double rôle à la fois de relation d'aide et surveillance ainsi que l'intégration des fonctions relatives à la promotion de la santé.

Par rapport à la vision du soin, nos analyses ont permis de faire ressortir que la pratique médicale en détention est généralement vue par les praticiens sur un modèle de clinique externe, voire d'urgence pour certains. Dans plusieurs cas, cette vision de l'intervention médicale fait en sorte qu'un travail de bilan, de suivis ou de stabilisation de l'état de santé est mis de côté, soit par manque de temps et de ressources, soit par fatalisme. Ainsi



se pose la question du mandat médical en détention : quels soins sont visés par les professionnels de la santé qui œuvrent en détention ? Est-ce une stabilisation d'une situation d'urgence, une gestion du risque médical ou une prise en charge globale et intégrée des problèmes généraux de santé des justiciables ? D'après l'analyse de nos entretiens, il semble que ce soit plutôt les deux premiers cas de figures qui priment dans la vision du soin des professionnels de la santé rencontrés, c'est-à-dire la gestion du risque que peut représenter une situation médicale pour la santé ou la vie d'un détenu et la stabilisation d'une problématique de santé pendant l'incarcération.

### 3.3 Particularités du travail des infirmières en détention

L'autonomie professionnelle est un des éléments qui contribue à la spécificité de la pratique médicale en détention, telle que mise de l'avant par Milly (2001). Dans son analyse, l'autonomie professionnelle se définit davantage en opposition au personnel pénitentiaire. En quelque sorte, l'auteur soutient que les décisions médicales sont indépendantes de la logique carcérale; les médecins sont en position de force. Dans nos analyses, c'est plutôt les infirmières qui décrivent leur autonomie et qui mettent de l'avant que leur sens de l'initiative est davantage sollicité par le milieu organisationnel carcéral que dans milieu conventionnel de soins. Étant donné que les infirmières interviewées ont toutes exercé leur pratique dans les deux types de milieux, nous considérons qu'elles sont à même de comparer.

En outre, pour les infirmières, la présence limitée des médecins dans leur quotidien leur octroie une liberté et une autonomie spécifique à la pratique médicale en détention. Si cette autonomie est vécue de façon positive et enrichissante dans les établissements ayant un nombre « raisonnable » d'infirmières en poste, elle peut toutefois représenter un fardeau pour celles qui doivent l'assumer seules. Malgré cela, il apparaît évident que le terrain de pratique laissé vacant par les heures limitées des médecins permet, voire même oblige, les infirmières à se l'approprier.

Parallèlement à cette autonomie chez les infirmières, nos analyses ont permis de mettre en lumière la relation particulière qui existe entre elles et les médecins des établissements de détention. Effectivement, dans la grande majorité des établissements visités, il s'agit d'une relation de confiance importante où les médecins délèguent une partie des actes médicaux. Les infirmières présentent cette relation comme un des précieux atouts de leur milieu de travail et comme un des éléments qui contribue à leur satisfaction au travail. Même pour une infirmière travaillant en solitaire et pour qui la charge de travail est vécue de façon plutôt négative, la relation de confiance qui s'est établie avec le médecin de l'établissement est d'une importance cruciale dans la reconnaissance que l'organisation porte à son travail, à son évolution et à son apprentissage professionnels. Comme nous l'avons abordé dans la recension des écrits, le fait de pouvoir collaborer avec les médecins, le sentiment d'accomplissement et la reconnaissance au travail sont des caractéristiques susceptibles d'influencer positivement la rétention du personnel soignant (Lake, 2007; Lu et al., 2012). Devant la difficulté de recrutement du personnel soignant à laquelle se heurtent les établissements de détention québécois, ces éléments apparaissent d'une importance cruciale et devraient être priorités par les différents milieux.

#### **4. CONCLUSION**

Cette analyse de la prise en charge médicale des détenus à partir des pratiques professionnelles est révélatrice de différents enjeux, contradictions et questionnements. Nous avons abordé la place qu'occupe la responsabilisation des patients détenus dans les pratiques professionnelles du personnel médical. Conséquemment, nous avons mis en lumière combien cette responsabilisation se heurte à de nombreux obstacles en détention étant donné ses contraintes et son caractère coercitif.

Dans la recension des écrits, nous avons vu que la période d'incarcération pouvait être considérée comme un moment approprié pour intervenir sur la santé des détenus. Étant

donné leur état de santé parfois précaire, ils sont considérés comme des individus qui ne prennent pas soins de leur santé à l'extérieur et qui ont des comportements à risque. Dans une perspective de gestion du risque, responsabiliser les patients détenus signifie intervenir sur leur santé pendant qu'ils sont accessibles en transformant et en ayant une emprise sur leurs comportements problématiques liés à la santé. Dans une perspective de *nouvelle santé publique*, responsabiliser les patients détenus fait également référence au fait d'intervenir sur leur santé pendant qu'ils sont accessibles et dans l'optique de limiter le risque sanitaire qu'ils représentent, et ce principalement à l'égard des maladies infectieuses.

Toutefois, d'après nos analyses, si la période d'incarcération devient un moment d'intervention approprié pour prendre en charge la santé des détenus, il semble que cela se fasse à leur propre demande, c'est-à-dire dans un contexte où l'environnement carcéral amplifie certaines douleurs ou révèle des problèmes de santé. Si leur santé n'est pas prioritaire avant leur incarcération, elle est susceptible de le devenir en détention. Dans ce contexte, les infirmières et les médecins sont les professionnels responsables de la prise en charge de ces problématiques. Or, le milieu carcéral crée des dynamiques particulières dans l'articulation des soins de santé puis dans la relation de soins. Il fait émerger certaines contradictions et paradoxes. De plus, des tensions se créent entre l'importance de la responsabilité qui repose sur les professionnels et une forme de désengagement à l'égard de leurs fonctions.

Nos analyses ont permis de faire ressortir les divers éléments qui font de la prise en charge médicale en détention une profession particulière qui se distingue de la pratique médicale régulière. De surcroît, l'étude de la pratique médicale carcérale permet de mettre en lumière de quelle façon les courants de la gestion du risque et la *nouvelle santé publique* s'immiscent au cœur des établissements de détention mais aussi de quelle façon ils se heurtent aux obstacles institutionnels et relationnels. Enfin, par son essence et son regard humanisant, la pratique médicale carcérale dans les prisons québécoises semble

toutefois résister à l'intégration complète de l'idéologie punitive et coercitive bien connue de l'institution carcérale.

## Conclusion

Pour de nombreuses instances gouvernementales, institutions européennes et internationales s'intéressant aux droits de la personne en milieu carcéral, l'accès à des soins de santé de qualité fait partie des conditions fondamentales permettant le respect de l'intégrité et de la dignité des personnes incarcérées. Dans la majorité des pays occidentaux, les écrits balisant la prise en charge médicale sont en partie fondés sur le principe d'équivalence des soins (CPT, 2009) signifiant que les détenus doivent bénéficier du même niveau de soins médicaux que la population générale (Jendly, 2008; CPT, 2009; Iftene et Manson, 2013; Rieder et al., 2013).

Or, les détenus sont aux prises avec un profil de santé qui est souvent alarmant en comparaison avec l'état de santé de la population générale. La prison est reconnue comme un milieu où les individus ont un faible niveau socioéconomique et où les personnes ayant des problèmes de toxicomanie sont surreprésentées. De plus, ces caractéristiques sont typiquement associées à une plus faible prise en charge de la santé et augmentent les risques relatifs à la maladie. Par exemple, certaines études montrent que la prévalence des troubles de santé mentale est de trois à quatre fois plus élevée au sein des populations carcérales que dans la population générale (Côté et Hodgins, 2003; Lafortune et al., 2008). Il en va de même pour les taux d'infections au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) qui sont respectivement 15 et 39 fois plus élevés parmi les détenus ayant subi un test de dépistage que dans la population canadienne (Zakaria et al., 2010). De surcroît, le vieillissement de la population carcérale, remarquée au cours des dernières années, entraîne son lot de problèmes chroniques de santé. Enfin, certains auteurs ont remarqué l'apparition en détention de problèmes de santé pouvant être associés au caractère pathogène de l'institution carcérale, dont la chute des cheveux et des problèmes dermatologiques. L'appauvrissement de la santé des détenus soulève des enjeux fondamentaux en matière d'offre et de qualité des services de soins en milieu carcéral. À partir de ce constat, il est légitime de se questionner sur la façon dont la santé est prise en charge au sein des centres de détention québécois.

D'un autre point de vue, même si le caractère total de l'institution carcérale est remis en cause par les auteurs contemporains qui s'intéressent à la sociologie du milieu carcéral, il est tout de même admis que ses fondements punitifs et coercitifs demeurent. De plus, le lien observé entre l'environnement carcéral et certaines pathologies vient exacerber les préoccupations liées à la surpopulation carcérale, au manque d'hygiène, à l'inactivité des détenus, aux transferts et à la violence en détention. Dans un tel contexte sanitaire, il est important de s'interroger sur les pratiques professionnelles médicales et infirmières.

Nos données nous ont d'abord amenées à nous interroger sur la question de la responsabilisation, telle qu'elle prend forme dans les pratiques professionnelles du personnel soignant, alors que les patients détenus se trouvent en situation où ils ont très peu d'emprise sur leur santé et sur les moyens mis en place pour l'améliorer. La *nouvelle santé publique* et la volonté de responsabilisation a-t-elle sa place auprès d'une population qui n'a pas nécessairement les moyens d'y arriver, qui plus est, au sein d'un système qui malgré tout, se veut coercitif et contraignant ? Nos données montrent que la notion de responsabilisation est intégrée au sein des pratiques médicales, mais que son application est soumise à des contraintes. Elle se manifeste dans la responsabilisation des détenus à l'égard de leurs comportements à risques mais également dans un mandat intégré de santé publique. En ce sens, la responsabilisation est une responsabilité professionnelle. Toutefois, l'émancipation de cette responsabilisation se heurte à de nombreux obstacles liés à l'environnement carcéral dont le manque de personnel, les déficiences en équipements et le risque ou la menace que peuvent représenter les détenus dans certaines situations. La responsabilisation est aussi complexifiée par la difficulté de créer un lien de confiance avec les détenus puisque, comme nous l'avons démontré, la réalité carcérale conduit inévitablement à une certaine méfiance de la part du personnel soignant.

Enfin, notre analyse des pratiques professionnelles médicales a permis de révéler certaines caractéristiques du milieu carcéral. Le caractère singulier des pratiques soignantes en prison réside entre autres dans la cohabitation de la relation de soins et la

relation de pouvoir entre le professionnel et le patient détenu. Comme Holmes (2001) l'a montré par l'analyse des pratiques professionnelles du personnel infirmier ayant à la fois le statut d'agent de soins et d'agent correctionnel, l'exercice médical en contexte de psychiatrie pénitentiaire permet le déploiement de trois formes de pouvoir, dont le pouvoir disciplinaire. Nos résultats vont dans le même sens, mais se distinguent par le fait que, même si les intervenants médicaux que nous avons rencontrés n'ont pas nécessairement le « statut » correctionnel, ils se voient obligés, par moments, d'adopter des comportements de surveillance et de contrôle. Nous soutenons que cette partie du mandat est contradictoire ou opposée au mandat de relation d'aide et que ces fonctions s'exercent en parallèle. Pour de futures recherches, il serait intéressant d'analyser l'impact de cet éclatement des rôles professionnels sur le développement du lien de confiance du point de vue des personnes incarcérées.

Les nombreux enjeux soulevés par la spécificité des pratiques médicales en détention telles qu'elles s'exercent dans un environnement dont le caractère se veut coercitif et contraignant, sont trop importants pour ne pas s'y attarder. Cette problématique mérite un débat de société posé et réfléchi.

## Références

- Aday, R.H. (2006). Aging Prisoners. In B. Berkham (ed.), *Oxford Handbook of Social Work and Aging* (231-240). New York, NY : Oxford University Press.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite « qualitative » : de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 5-31.
- Anadón, M., et Guillemette, F. (2007). La recherche qualitative est-elle nécessairement inductive ? *Recherches qualitatives, Hors Série* (5), 26-37.
- Beck, U. (1986). *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*. Paris : Aubier.
- Blaauw, E., Roesch, R., et Kerkhof, Ad. (2000). Mental Disorders in European Prison Systems. Arrangements for Mentally Disordered Prisoners in the Prison Systems of 13 European Countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (5-6), 649-663.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction de méfaits : sources, situation, pratiques*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Castel, R. (1989). Institutions totales et configurations ponctuelles. In E. Goffman, *Le Parler frais d'Erving Goffman* (31-43). Paris : Minuit.
- Chabon, M. (2013). The 1,265 Word Introduction. In *The Wes Anderson Collection*, New York: Abrams. p. 21.
- Chantraine, G. (2004). *Par-delà les murs*. Paris : Presses universitaires de France.
- Charles, D.R., Abram, K.M., McClelland, G.M., et Teplin, L.A. (2003). Suicidal Ideation and Behavior Among Women in Jail. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19 (1), 65-81.
- Chartier, G. (1999). The Greying of the Offender Population. *Let's Talk (Correctionnal Service Canada)*, 24 (3), 2-4.
- Châtel, V. (2007) (ed.). *L'inexistence sociale : Essais sur le déni de l'Autre*. Fribourg : Academic Press Fribourg.
- Combessie, P. (2000). *Sociologie de la prison*, Paris : La Découverte & Syros.



- Coomber, B. et Barriball, K.L. (2007). Impact of Job Satisfaction Components on Intent to Leave and Turnover for Hospital-Based Nurses : A Review of the Research Literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44 (2), 297-314.
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (1992). *2e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1er janvier au 31 décembre 1991*. Conseil de l'Europe. (CPT/Inf (92) 3).  
[<http://www.cpt.coe.int/fr/annuel/rap-02.htm>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) (2009). *Les normes du CPT : Chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond*. Conseil de l'Europe.
- Côté, G. et Hodgins, S. (2003). Les troubles mentaux et le comportement criminel. In M. Le Blanc, M. Ouimet et D. Szabo (Eds). *Traité de criminologie empirique* (503-548). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Cusson, J.-F. (2005). *Réinsertion sociale des délinquants âgés: Défis à relever*. Mémoire de maîtrise. Université de Montréal.
- Daigle, M., et Côté, G. (2005). Vers une modélisation de la violence exprimée en milieu carcéral. *Forensic*, numéro spécial Psychiatrie et violence, 19-34.
- Denzin, N.K. et Lincoln, Y.S. (2005). The Discipline and Practice of Qualitative Research. In Denzin, H.S. et Y.S. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research* (third édition) (1-33) New York : Sage Publications, Inc.
- Décarpes, P. (2004). Topologie d'une prison médiatique. *Champ pénal/Penal field* [En ligne], Vol. I.  
[<http://champpenal.revues.org/24>] Tel que consulté le 15 janvier 2014.
- Désesquelles, A. (2005). Le handicap en milieu carcéral en France : Quelles différences avec la situation en population générale ? *Population*, 60 (1), 71-98.
- Deslauriers, J.-P., et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (85-111). Montréal : Gaétan Morin.
- Ditton, P.M. (1999). *Mental Health and Treatment of Inmates and Probationers* (BJS Special Report NCJ 174463). Washington, DC : Bureau of Justice Statistics.

- Dostoïevski, F. (1860-1862). *Les carnets de la maison morte*, traduit par André Markowicz, collection Babel, Ed. Actes Sud, 1999, p. 104.
- Enquêteur correctionnel du Canada (2009). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2008-2009*. Non-disponible en ligne.
- Enquêteur correctionnel du Canada. (2010). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2009-2010*.  
[<http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20092010-fra.pdf>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Enquêteur correctionnel du Canada (2011). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2010-2011*.  
[<http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20102011-fra.pdf>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Enquêteur correctionnel du Canada (2012). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012*.  
[<http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20112012-fra.pdf>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Enquêteur correctionnel du Canada (2013). *Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2012-2013*.  
[<http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20122013-fra.pdf>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Fazel, S. et Danesh, J. (2002). Serious Mental Disorder in 23 000 Prisoners: A Systematic Review of 62 Surveys, *The Lancet*, 359, 545-550.
- Feeley, M.M., et Simon, J. (1992). The New Penology: Notes on the Emerging of Corrections and its Implications, *Criminology*, 30 (4), 449-474.
- Feeley, M.M., et Simon, J. (1994). Actuarial Justice : The Emerging New Criminal Law. In D. Nelken (ed.). *The Futures of Criminology* (173-201). London: Sage.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Gallimard.
- Frigon, S. et Duhamel, N. (2006). *Regards croisés sur la santé mentale des femmes avant, pendant et après l'incarcération*. Ottawa : Condition féminine Canada
- Gal, M. (2002). La santé physique et mentale des délinquants âgés. *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle, Service correctionnel du Canada*, 14 (2), 15-19
- Garland, D. (2007). Adaptations politiques et culturelles des sociétés à forte criminalité, *Déviance et société*, 3 (4), 387-403.

- Gerlier-Forest, P. (1999). *L'art du possible - Justice sociale et politiques de santé publique*. Actes du Colloque : Les enjeux éthiques en santé publique. Organisé par l'Association pour la santé publique du Québec. Tenu les 20 et 21 mai 1999 (Montréal).
- Giroux, L. (2011). *Profil correctionnel 2007-2008 : La population correctionnelle du Québec*, Québec, Services correctionnels, ministère de la Sécurité publique.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Minuit.
- Goodstein, L., MacKenzie, D.L. et Shotland, R.L. (1984). Personal Control and Inmate Adjustment to Prison, *Criminology*, 22, 343-370.
- Got, C. (2005). *L'expertise en santé publique. Que sais-je ?* Paris : Les Presses universitaires de France.
- Groulx, L.-H. (1997). Contribution de la recherche qualitative à la recherche sociale. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (55-82). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Hammett, T. M. et Maruschak, L. M. (1999). *1996-1997 Update: HIV/AIDS, STDs, and TB in Correctional Facilities*. Washington, DC: U.S. National Institute of Justice, Centers for Disease Control and Prevention.
- Harvard Public Health Review (1999). *Prevention as Politics: The Re-awakening of Public Health's Political Conscience*.
- Haut-Commissariat aux droits de l'homme (1966). *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Article 12*. [<http://www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>] Tel que consulté le 24 avril 2014.
- Hayes, L.J, O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H.K., North, N. et Stone P.W. (2006). Nurse Turnover : A Literature Review. *International Journal of Nursing Studies*, 43 (2), 237-263.
- Hodgins, S. et Côté, G. (1990). The Prevalence of Mental Disorders Among Penitentiary Inmates. *Canadian Mental Health*, 38, 1-5.
- Holmes, D. (2001). *Articulation du contrôle social et des soins infirmiers dans un contexte de psychiatrie pénitentiaire*. Thèse de doctorat. Université de Montréal.

- Human Rights Watch (2003). *III-Equipped: U.S. Prisons and Offenders with Mental Illness*. New York : Human Rights Watch.
- Iftene, A. et Manson, A. (2013). Recent Crime Legislation and the Challenge for Prison Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 185 (10), 886-889.
- James, D. J. et Glaze, L. E. (2006). *Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates*. Washington, DC : Bureau of Justice Statistics. (NCJ 213600).
- Jendly, M. (2008). *Politique pénitentiaire et droits des détenus au Canada*. Actes du Colloque de la FIPP : « Politiques pénitentiaires et droits des détenus ». Stavern, Norvège, 25-28 juin 2008, Nijmegen : Wolf Legal Publishers.
- Knoll, J. (2006). A Tale of Two Crises : Mental Health Treatment in Corrections. *Journal of Dual Diagnosis*, 3 (1), 7-21.
- Lafortune, D., Vacheret, M., et Cantin, J. (2008). *Les incarcérés provinciaux souffrant de problèmes de santé mentale : Vers une intégration adaptée dans la communauté*. Rapport présenté au Protecteur du citoyen. Centre International de Criminologie Comparée, Université de Montréal.
- Lake, E.T. (2007). The Nursing Practice Environment : Measurement and Evidence. *Medical Care Research and Review*, 64, 104S.
- Laker, C., Rose, D., Flach, C., Csipke, E. McCrone, P., Craig, T., Kelland, H., Wykes, T.T. (2012). Views of the Therapeutic Environment (VOTE) : Stakeholder Involvement In Measuring Staff Perceptions of Acute In-Patient Care. *International Journal of Nursing Studies*, 49 (11), 1403-1410.
- Landreville, P., et Laplante, P. (1995). Le vieillissement de la population pénitentiaire du Québec. *Déviance et Société*, 19 (3), 237-254.
- Landreville, P., et Trottier, G. (2001). La notion du risque dans la gestion pénale. *Criminologie*, 34 (1), 3-8.
- Landry, M., et Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : Un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2 (1), 1-16.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (365-389). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

- Lauzon, S. et Adam, E. (1996) (sous la direction de). *La personne âgée et ses besoins – Interventions infirmières*. Ville St-Laurent : Édition du Renouveau Pédagogique.
- Lebossé, Y. (2003). De l'habilitation au pouvoir d'agir : vers une appréciation plus circonscrite de la notion d'empowerment. *Nouvelles pratiques sociales*, 16 (2), 30-51.
- Lécu, A. (2013). *La prison, un lieu de soin ?* Collection Médecine et Sciences Humaines. Paris : Édition Les Belles Lettres.
- Lemire, G. (1990). *Anatomie de la prison*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lhuillier, D. (2000). La santé en prison : permanence et changement. In C. Veil et D. Lhuillier, *La prison en changement* (187-216). Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès.
- Lu, H., Barriball, L., Zhang, X. et While, A. (2012). Job Satisfaction Among Hospital Nurses Revisited : A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1017-1038.
- Lupton, D. (1995). *The Imperative of Health - Public Health and the Regulated Body*. London : Sage Publications.
- Lurigio, A. J. (2000). Persons With Serious Mental Illness in the Criminal Justice System : Background, Prevalence, and Principles of Care. *Criminal Justice Policy Review*, 11 (4), 312-328.
- MacPherson, D. (2001). *A Framework for Action : A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*. Vancouver : Drug Policy Coordination.
- Maeve, K. M. (1997). Nursing Practice With Incarcerated Women : Caring Within Mandated (sic) Alienation. *Issues in Mental Health Nursing*, 18, 495-510.
- Marquart, J.W., Merianos, J., Hebert, J.L. et Carroll, L. (1997). Health Condition and Prisoners : A Review of Research and Emerging Areas of Inquiry. *The Prison Journal*, 77 (2), 184-208.
- Marquart, J.W., Mullings, J. et Brewer, V. (1999). Health Risk as an Emerging Field Within the New Penology. *Journal of Criminal Justice*, 27, 143-154.
- Martin, T. (2001). Something Special : Forensic Psychiatric Nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 25-32.

- Marushak, L. M. (2007). *HIV in Prisons, 2005*. Washington, DC : Bureau of Justice Statistics. (NCJ 218915).
- Mary, P. (2001). Pénalité et gestion des risques : vers une justice « actuarielle » en Europe ? *Déviance et Société*, 25 (1), 33-51.
- Massé, R. (2003). *Éthique et santé publique - Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Mason, T. et Mercer, D. (1999). Forensic Psychiatric Nursing. In M. Clinto & S. Nelson, *Advanced Practice in Mental Health Nursing* (236-259). Oxford : Blackwell Science.
- Meisenhelder, T. (1985). An Essay on Time and the Phenomenology of Imprisonment, *Deviant Behavior*, 6 (1), 39-56.
- Meleis, A. (1997). *Theoretical Nursing : Development and Progress*, 3rd Edition. New York : J. B. Lippincott.
- Michelat, G. (1975). Sur l'utilisation de l'entretien non directif en sociologie. *Revue française de sociologie*, 16, 229-247.
- Miles, M.B., et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*, 2e édition, Paris : Éditions De Boeck.
- Milly, B. (2001). *Soigner en prison*. Collection Sociologies. Paris : Presses Universitaires de France.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. La force des liens. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Sécurité publique (2010). *Les services correctionnels au Québec*. [<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/services-correctionnels-quebec.html>] Tel que consulté le 18 avril 2014.
- Ministère de la Sécurité publique (2013a). *Statistiques correctionnelles du Québec 2012-2013*. [<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-statistiques-sc/statistiques-2012-2013/12818.html>] Tel que consulté le 18 avril 2014.
- Ministère de la Sécurité publique (2013b). Analyse prospective de la population carcérale des établissements de détention du Québec de 2010-2011 à 2020-2021. [<http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/services-correctionnels/publications-statistiques-sc/population-carcerale-prospective/12628/12650/12654.html>]

- Monceau, M., Jaeger, M., Gravier, B., et Chevy, P. (1996). La consommation des tranquillisants et des hypnotiques en prison : logiques à l'œuvre et enjeux. In. C. Faugeron, A. Chauvenet, et Ph. Combessie (Eds), *Approches de la prison* (153-176), Paris et Bruxelles : DeBoeck & Larcier.
- Morton, J. B. (1992). *An Administrative Overview of the Older Inmate*. US Department of Justice, National Institute of Corrections.
- Murrells, T., Robinson, S., Griffiths, P. (2008). Is Satisfaction a Direct Predictor of Nursing Turnover ? Modelling the Relationship Between Satisfaction, Expressed Intention and Behaviour In a Longitudinal Cohort Study. *Human Resources for Health*, 6, 22.
- Nations Unies (1958). *Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus et recommandations relatives*. New York, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales.
- Nations Unies (2014). *Premier congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants*. Office contre la drogue et le crime.  
[[http://www.unis.unvienna.org/pdf/panels\\_A4\\_F.pdf](http://www.unis.unvienna.org/pdf/panels_A4_F.pdf)] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Nicholls, T. L., Lee, Z., Corrado, R. R., et Ogloff, J. R. P. (2004). Women Inmate's Mental Health Needs : Evidence of the Validity of the Jail Screening Assessment Too (JSAT). *International Journal of Forensic Mental Health*, 3 (2), 167-184.
- Nieto, M. (1998). *Health Care in California State Prisons*. Sacramento : California Research Bureau, California State Library.
- Norman, I. (2013). Editorial. The Nursing Practice Environment. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1577-1579.
- Observatoire international des prisons (OIP) (2012). *Le guide du prisonnier*. Paris : Éditions La Découverte
- Organisation mondiale de la Santé (2014). *Thèmes de santé : vieillissement*.  
[<http://www.who.int/topics/ageing/fr/>] Tel que consulté le 28 mars 2014.
- Peretti-Watel, P. (2010). *La société du risque*. Paris : La Découverte « Repères ».  
[<http://www.cairn.info/la-societe-du-risque--9782707164568.htm>] Tel que consulté le 5 juillet 2014.
- Pieranunzi, V. R. (1997). The Lived Experience of Power and Powerlessness in Psychiatric Nursing : A Heideggerian Hermeneutical Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11 (3), 155-162.

- Pinto, L. (1989). Expérience vécue et exigence scientifique d'objectivité. In P. Champagne, R. Lenoir, D. Merllié, L. Pinto, *Initiation à la pratique sociologique* (7-52) Paris : Dunod.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (113-169). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Plourde, C., Mercier, C., et Perreault, M. (2002). *Réalité du médecin prescripteur de méthadone en prison et contexte de pratique médicale associé à cette drogue de substitution dans le milieu carcéral*. Document de travail. Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill.
- Plourde, C., Brochu, S., White, N. D., et Couvrette, A. (2005). La réduction des méfaits en contexte carcéral québécois et canadien : tour d'horizon des pratiques connues. *Revue de psychoéducation*, 34 (2), 287-300.
- Potts, J. (2000). Le VIH/sida dans les prisons fédérales : La réponse du Canada. Prévention VIH Plus ! *Bulletin du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida*, 2 (2), 1-2.
- Poulin, C., Alary, M., Lambert, G., Godin, G., Landry, S., Gagnon, H., Demers, E., Morarescu, E., Rochefort, J. et Claessens, C. (2007). Prevalence of HIV and Hepatitis C Virus Infections Among Inmates of Quebec Provincial Prisons. *Canadian Medical Association Journal*, 177 (3), 252-256.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. In J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, A. P. Pires, *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (173-209). Montréal : Gaétan Morin Éditeur.
- Pratt, J. (2001). Dangerosité, risque et technologies du pouvoir. *Criminologie*, 34 (1), 101-121.
- Protecteur du citoyen (2007). *Rapport annuel d'activités 2006-2007*, Assemblée nationale du Québec.  
[[http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports\\_annuels/2006-07/RA\\_0607\\_11.pdf](http://www.protecteurducitoyen.qc.ca/fileadmin/medias/pdf/rapports_annuels/2006-07/RA_0607_11.pdf)] Tel que consulté le 6 avril 2014.
- Protecteur du citoyen (2013). *Rapport annuel de l'Ombudsman correctionnel du Québec, dans Rapport annuel d'activités 2012-2013*, Assemblée nationale du Québec.  
[<http://www.myvirtualpaper.com/doc/protecteur-du-citoyen/rapport-annuel-2013/2013091201/#54>] Tel que consulté le 6 avril 2014.



- Quirion, B., Jendly, M. et Vacheret, M. (2012). Le système pénal et la (dé)responsabilisation des acteurs. *Déviance et société*, 36 (3), 235-241.
- Quivy, R., et Van Campenhoudt, L. (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3e édition, Paris : Dunod.
- Real Del Sarte, O. (1984). Éléments pour une analyse du discours médical en prison. *Déviance et société*, 8 (2), 167-180.
- Réseau juridique canadien VIH/sida (2008). *VIH et hépatite C en prison*. Série de 13 feuillets d'information.  
[<http://www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=841>] Tel que consulté le 13 mars 2014.
- Reed, J. L. et Lyne, M. (2000). Inpatient Care of Mentally Ill People in Prison : Results of a Year's Programme of Semistructured Inspections. *British Medical Journal*, 320, 1031-1034.
- Rieder, J. P., Casillas, A., Mary, G., Secretan, A.-D., Gaspoz J.-M. et Wolff, H. (2013). Health Care in Small Prisons : Incorporating High-Quality Standards. *International Journal of Prisoner Health*, 9 (1), 20-30.
- Robert, D. (2004). Understanding Health Care Utilization in Custody: Situation of Canadian Penitentiaries. *Journal of Correctional Health Care*, 10 (2), 239-256.
- Robert, D., et Frigon, S. (2006). La santé comme mirage des transformations carcérales. *Déviance et société*, 30 (3), 305-322.
- Robert, D., Frigon, S., et Belzile, R. (2007). Women, the Embodiment of Health and Carceral Space. *International Journal of Prisoner Health*, 3 (3), 176-188.
- Roche, M., Duffield, C., White, E. (2011). Factors in the Practice Environment of Nurses Working in Inpatient Mental Health : A Partial Least Squares Path Modeling Approach. *International Journal of Nursing Studies*, 48 (12), 1475-1486.
- Rose, N. (1996). « Governing Advanced » Liberal Democracies, In Barry, A., Osborne, T., Rose, N. (Eds), *Foucault and Political Reason. Liberalism, Neo-Liberalism and Rationalities of Government* (37-64), Chicago: University of Chicago Press.
- Rostaing, C. (1997). *La relation carcérale – Identités et rapports sociaux dans les prisons de femmes*. Paris : Presses universitaires de France.
- Ruddell, R. (2006). Jail Intervention for Inmates With Mental Illnesses. *Journal of Correctional Health Care*, 12 (2), 118-131.

- Santé Canada (2001). *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection au Canada*. Document préparé pour la rencontre des ministres de la Santé, St-John's, Terre-Neuve. Ottawa : Ministre des travaux publics.
- Santé Canada (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada.
- Service correctionnel du Canada (2004). Évaluation des besoins des détenus fédéraux. *Revue canadienne de santé publique*, 95, supp 1.
- Service correctionnel du Canada (2010). *Les délinquants âgés*. Section 6.5 dans « Questions et défis auxquels le SCC doit faire face. ». Ottawa, Service correctionnel du Canada.  
[<http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/guideorateur/pdf/sec6 f.pdf>] Tel que consulté le 4 avril 2014.
- Service correctionnel du Canada (2012). Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition. Rapport annuel 2012.  
[<http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsracs/pblctns/2012-ccrs/2012-ccrs-fra.pdf>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Service correctionnel du Canada (2013). *Rapport sur les cas d'automutilation à la prison des femmes de Kingston*. In « Programmes pour les délinquantes ». Publication archivée dans le web.  
[<http://www.csc-scc.gc.ca/publications/fsw/selfinjuries/selfe02-fra.shtml>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Service correctionnel du Canada (2014). *L'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies – 1975. 50 ans de progrès des droits de la personne*. Publication archivée dans le web.  
[<http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/rht-drt/07-fra.shtml>] Tel que consulté le 24 mars 2014.
- Setti, I. et Argentero, P. (2011). Organizational Features of Workplace and Job Engagement Among Swiss Healthcare Workers. *Nursing and Health Sciences*, 13, 425-432.
- Shields, M. et Wilkins, K. (2009). *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*. Statistique Canada. Rapports sur la santé, 20 (2).
- Short, V., Cooper, J., Shaw, J., Kenning, C., Abel, K., Chew-Graham, C. (2009). Custody vs Care : Attitudes of Prison staff to Self-Harm in Women Prisoners – A Qualitative Study. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (3), 408-426.

- Slate, R. N., Roskes, E., Feldman, R. et Baerga, M. (2003). Doing Justice for Mental Illness and Society : Federal Probation and Pretrial Services Officers as Mental Health Specialists. *Federal Probation*, 67 (3), 13-19.
- Small, W., Kain, S., Laliberté, N., Schechter, M. T., O'Shaughnessy, M.V. et Spittal, P.M. (2005). Incarceration, Addiction and Harm Reduction : Inmates Experience Injecting Drugs in Prison. *Substance Use & Misuse*, 40, 831-843.
- Sournia, J.-C. (1991). *Dictionnaire français de santé publique*. Paris : Éditions de Santé.
- Stal, M. (2012). Treatment of Older and Elderly Inmates Within Prisons. *Journal of Correctional Health Care*, 19 (1), 69-73.
- Statistique Canada (2012). *Estimations démographiques annuelles : Canada, province et territoire*. Section 2 : Population selon l'âge et le sexe.  
[<http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2012000/part-partie2-fra.htm>] Tel que consulté le 4 avril 2014.
- Taylor, B. (1998). The Nurse-Patient Relationship as the Common Ground of Nursing Specialties. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 15, 6-7.
- Teplin, L. A. (1994). Psychiatric and Substance Abuse Disorders Among Male Urban Jail Detainees, *American Journal of Public Health*, 84 (2), 290-293.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., et McClelland, G. M. (1996). Prevalence of Psychiatric Disorders Among Incarcerated Women. *Archives of General Psychiatry*, 53 (6), 505-511.
- Tesseron, A.-L. (2008). *Le vieillissement de la population carcérale sous responsabilité fédérale au Canada : Vers des « pénitenciers-hospices » ?* Mémoire de maîtrise, Université de Montréal.
- Vacheret, M., Dozois, J. et Lemire, G. (1998). Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie : la notion de risque. *Déviance et société*, 22(1), 37-50.
- Vacheret, M. et Lemire, G. (2007). *Anatomie de la prison contemporaine*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Vacheret, M. et Lafortune, D. (2011). Prisons et santé mentale, les oubliés du système. *Déviance et société*, 35 (4), 485-501.
- Van Bogaert, P., Kowalski, C., Weeks, S.M., Van Heusden, D. et Clarke, S.P. (2013). The Relationship Between Nurse Practice Environment, Nurse Work Characteristics, Burnout and Job Outcome and Quality Of Nursing Care : A Cross-sectional Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1667-1677.

- Unruh, L. et Zhang, N.J. (2013). The Role of Work Environment in Keeping Newly Licensed RNs in Nursing : A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50 (12), 1678-1688.
- Uzoaba, J. H. E. (1998). *Managing Older Offenders: Where Do We stand ?* (Research report). Ottawa : Research Branch Correctional Service of Canada.
- Varini, E. (2003). *Vieillesse de la population carcérale: Quel accompagnement pour les détenus ?* Dedans/Dehors. [<http://prison.eu.org/spip.php?article2558>] Tel que consulté le 5 février 2014.
- Vasseur, V. (2000). *Être Médecin-chef à la prise de la Santé*. Paris : Éditions du Cherche-Midi.
- Veil, C., et Lhuillier, D. (eds) (2000). *La prison en changement*. Ramonville Saint-Agne : Éditions Érès.
- Veysey, B. M. (1998). Specific Needs of Women Diagnosed With Mental Illnesses in U.S. Jails. In B. L. Levin, A. K. Blanch & A. Jennings (eds). *Women's Mental Health Services : A Public Health Perspective*. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Veysey, B.M., et Bichler-Robertson, G. (1999). *Prevalence Estimates of Psychiatric Disorders in Correctional Settings*. Paper prepared for the National Commission on Correctional Health Care, Chicago, IL.
- Wacquant, L. (2009). *Punishing the Poor : The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Durham: Duke University Press.
- Watson, J. (1999). *Postmodern Nursing and Beyond*. London : Churchill-Livinstone.
- Welch, M. (1991). Persons With AIDS In Prison : A Critical and Phenomenological Approach to Suffering. *Dialectical Anthropology*, 16, 51-61.
- World Health Organization (1996). *Healthy Prisons. A Vision for the Future*, Report of the First International Conference on Healthy Prisons, Liverpool, Neil Squires & Judith Strobl.
- World Health Organization (2007). *Health in Prisons. A WHO Guide to the Essentials in Prison Health*. World Health Organization Europe. [[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99018/E90174.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf)] Tel que consulté le 6 mars 2014.
- Young, V.D. et Reviere, R. (2001). Meeting the Health Care Needs of the New Woman Inmate : A National Survey of Prison Practices. *Journal of Offender Rehabilitation*, 34 (2), 31-48.

Young, D.S. (2003). Co-occurring Disorders Among Jail Inmates : Bridging the Treatment Gap. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 3 (3), 63-85.

Zakaria, D., Thompson, J.M., Jarvis, A. et Borgatta, F. (2010). *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*. Rapport de recherche. Service correctionnel du Canada.

Zyl Smit, D., et Snacken, S. (2011). *Principles of European Prison Law and Policy*. Oxford University Press.

## **Annexe 1 : Formulaire de consentement**

# FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche :** La prise en charge médicale en détention provinciale.

**Chercheure :** Éloïse Meunier, étudiante à la maîtrise en criminologie, Université de Montréal.

**Directrice de recherche :** Marion Vacheret, professeure à l'École de criminologie, Université de Montréal.

## A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

### 1. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre la prise en charge médicale en détention provinciale. Plus spécifiquement, à partir d'un échantillon de professionnels du corps médical travaillant dans six établissements de détention provinciaux, il s'agit de saisir les principales problématiques de santé physique présentées par les détenus provinciaux. De plus, notre recherche a pour but d'analyser les pratiques médicales concernant la santé physique des détenus provinciaux et d'analyser les représentations, points de vue et attitudes du personnel médical en regard de leurs pratiques auprès des détenus aux prises avec des problématiques de santé physique.

### 2. Participation à la recherche

Votre participation à cette recherche consiste à :

- Participer à un entretien semi-dirigé, d'une durée pouvant varier entre une heure et une heure et demie.
- Lors de cet entretien, certains thèmes portant sur les pratiques médicales, ainsi que sur vos représentations et points de vue à l'égard des problématiques de santé physique des détenus et de la prise en charge médicale associée seront abordés.
- Remplir une fiche signalétique comprenant des informations sur votre sexe, votre âge, votre profession et votre formation professionnelle ainsi que votre nombre d'années d'expérience au sein des milieux correctionnels ou au sein du système de santé.

### 3. Confidentialité

Les renseignements que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Afin d'assurer cette confidentialité, les renseignements fournis lors des entrevues seront immédiatement anonymisés, où aucune correspondance ne sera possible entre les enregistrements et l'identité des participants à l'étude. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un numéro et seul le chercheur principal ou sa directrice aura la liste des participants et des numéros qui leur auront été attribués. De plus, les renseignements seront conservés dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé. Les informations personnelles des participants à l'étude seront détruites sept ans après la fin du projet. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée.

Les analyses faites à partir des entrevues ne permettront en aucun cas d'attribuer un professionnel à son établissement d'attache. Les analyses seront faites par groupe de professionnels (médecins et infirmier(e)s) de façon globale et non en fonction des établissements retrouvés au sein de l'échantillon.

#### 4. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec le chercheur, à l'adresse courriel indiquée à la fin de ce document. Si vous vous retirez de la recherche, les renseignements qui auront été recueillis au moment de votre retrait seront détruits.

### B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

-Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

-Après réflexion, je consens librement à ce que l'entretien soit enregistré.

Oui

Non

-Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_



## **Annexe 2 : Fiche signalétique**

## FICHE SIGNALÉTIQUE

NO. du participant \_\_\_\_\_

SEXE : ☐ M ☐ F

ÂGE : \_\_\_\_\_

PROFESSION : ☐ Médecin ☐ Infirmier(e)

- Autres ou spécialités : \_\_\_\_\_

FORMATION ACADÉMIQUE : \_\_\_\_\_

DATE D'OBTENTION DU DIPLÔME : \_\_\_\_\_

NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE :

- EN MILIEU CARCÉRAL : \_\_\_\_\_

LIEU(X) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ : \_\_\_\_\_

LIEU(X) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En quelques mots, pouvez-vous me parler des motifs vous ayant menés à exercer votre profession en milieu carcéral ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Merci de votre participation !**